Nr. 5. 2. luty 1936 Rok XV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA



## SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Kazimierz SEMBRAT. Lwów.

### O organizatorach [1].

*Z okazji przyznania nagrody Nobla H. Spemannowi [2]) za prace w dziedzinie embrjologji.*

Śledząc rozwój osobnikowy czyli ontogenetyczny, stajemy przed powszechnie znanym, lecz zarazem zadziwiającym w swej istocie faktem. Z komórek stosunkowo nieznacznie zróżnicowanych, jakiemi są komórki jajowe, powstają w miarę rozwoju niejednokrotnie bardzo skomplikowane i charakterystyczne dla poszczególnych gatunków formy. Był czas, kiedy uważano, że corazto dalej idące różnicowanie rozwijającego się zarodka można tylko opisywać, słowem uprawiano tylko embrjologję opisową. I dopiero Wilhelm Roux, w wyniku swych doświadczeń, przeprowadzonych pod koniec ubiegłego i z początkiem bieżącego stulecia, podkreślił z naciskiem, że zjawiska rozwoju dostępne są badaniu przyczynowemu, dając podwaliny pod nową naukę biologiczną, nazwaną przez niego „mechaniką rozwoju". Zadaniem mechaniki rozwoju lub lepiej fizjologji rozwoju (a jeśli chodzi o rozwój zarodkowy, to embrjologji przyczynowej), jest analiza tych czynników, które wpływają na proces rozwoju osobnikowego, poznanie sposobu i prawidłowości ich działania, a jednem z jej naczelnych zagadnień jest zagadnienie determinacji w rozwoju zarodkowym.

Jak wiadomo, jeszcze opisowe badania embrjologiczne wykazały, że w większości wypadków można określone narządy ustroju definitywnego sprowadzić do poszczególnych części brózdkującego zarodka, a niejednokrotnie nawet do pewnych terytorjów niepodzielonego jaja. W związku z tym faktem zachodzi pytanie, czy jest to zjawisko ogólne i czy związane jest z ostatecznem określeniem losów danych terytorjów zarodkowych, a jeśli tak, to kiedy, w jakim okresie rozwoju ujawnia się to zdeterminowanie i jakie obejmuje sprawy rozwojowe. Krótko mówiąc, zagadnienie determinacji obejmuje szereg zagadnień tyczących się pojawienia się, umiejscowienia oraz istoty czynników organotwórczych.

Jeżeli ostateczna determinacja poszczególnych terytorjów zarodkowych przypada na bardzo wczesne okresy, np. na okres przed brózdkowaniem, wtenczas rozwój zarodkowy jest typowem samoróżnicowaniem się (Roux), a jaja tego typu nazywamy jajami mozajkowemi. Przepołowienie np. zarodka w stadjum 4 blastomerów, prowadzi do wykształcenia dwóch połowicznych zarodków. W jajach takich (np. u osłonic) stwierdzono obecność t. zw. substancyj organotwórczych, które określają los tej części zarodka, w jakiej się znajdują, a na inne części — przynajmniej we wczesnych stadjach rozwojowych — nie mają wpływu. Jeżeli natomiast ostateczna determinacja przypada na późniejsze okresy rozwoju, to oddzielone od siebie części brózdkujących zarodków są w stanie odtworzyć harmonijne całości. Te właściwości regulatywne, znane z rozwoju lancetnika, jeżowca i innych zwierząt, świadczą o możliwości przeróżnicowania się niezdeterminowanych ostatecznie materjałów plazmatycznych, w zależności od zmienionych warunków. W tym wypadku mówimy o różnicowaniu się uzależnionem (Roux).

Według starej weismannowskiej teorji podczas rozwoju zarodkowego jądra komórkowe dzielą się nierównomiernie pod względem swych właściwości dziedzicznych i to miało być powodem stopniowego różnicowania się zarodka. Obecnie wiemy, że o takiem rozdzielaniu cech na corazto dalsze pokolenia jąder zarodkowych niema mowy, a jednego z pięknych doświadczalnych dowodów, przemawiających za tem, dostarczyły właśnie badania Spemanna (1914). Spemann przewęził pętlą z włosa zapłodnione jajo traszki w ten sposób, że dwie połówki jaja komunikowały z sobą tylko wąskiem pasmem plazmatycznem, przyczem oczywiście tylko w jednej części znajdowało się jądro. W rezultacie podziałów tego jądra brózdkuje plazma, ale tylko w jednej połowie przewężonego jaja; wreszcie dopiero w stadjum, odpowiadającem 16 komórkom, jedno z jąder potomnych przedostaje się przez przesmyk do drugiej połowy, i tu, dzieląc się, wywołuje opóźnione brózdkowanie. Jako wynik takiego doświadczenia powstają w szeregu wypadków dwa normalnie wykształcone, tylko o połowę mniejsze zarodki. Świadczy to o tem, że dane terytorjum plazmatyczne, dysponując tylko 1/16 jądra jajowego, jest w stanie wytworzyć normalną organizację zarodka. Pokazało się jednak, że w pewnych razach powstają w rezultacie podobnych doświadczeń dwa twory zgoła do siebie niepodobne, a mianowicie z jednej strony normalny zarodek, z drugiej masa komórek nieuformowanych w ciało zarodka i reprezentujących poprostu fragment okolicy brzusznej ciała. Czy otrzymamy pierwszy, czy drugi wynik, zależy to od płaszczyzny, w jakiej przewęzimy jajo, lub młody zarodek traszki. Widocznie więc pewne materjały, które określają prawidłowy rozwój zarodkowy, nie są w plazmie jajowej rozmieszczone równomiernie.

Spemann i jego uczniowie, już po wielkiej wojnie, w dalszym ciągu badają zarodki traszek i dochodzą do nader zajmujących wyników. Przy pomocy metody przeszczepiania drobnych terytorjów jednych zarodków na drugie określa Spemann (1918, 1919) moment, w którym zostaje ostatecznie zdeterminowany materjał, mający przekształcić się w płytkę rdzeniową, a więc w zawiązek systemu nerwowego. W tym samym czasie stwierdza Spemann, że impuls determinujący powstanie płytki rdzeniowej rozchodzi się podczas gastrulacji od grzbietowej wargi praust w kierunku bieguna animalnego. Fragment grzbietowej wargi praust, wszczepiony równowiekowemu zarodkowi w okolicę przyszłego naskórka, wywołuje powstanie nadliczbowej płytki rdzeniowej. Wobec tego okolicę grzbietowej wargi praust nazwał Spemann centrum organizacyjnem lub organizatorem. Przeszczepiony organizator (induktor) zmusza otaczające tkanki zarodkowe do przeróżnicowania się w pewnym określonym kierunku. Powstaje nowy nadliczbowy zawiązek narządu, albo zawiązki szeregu narządów (indukcja), z których pewne mogą uzupełniać transplantat, będący równocześnie organizatorem, tak, że powstaje mniej lub więcej harmonijna całość (indukcja uzupełniająca). W innych wypadkach pod wpływem organizatora powstaje w otaczających tkankach gospodarza narząd lub zespół narządów, który nie tworzy całości z transplantatem; w tym wypadku mówimy o indukcji autonomicznej (np. O. Mangold. 1932).

Śledzenie wzajemnych stosunków między przeszczepionym organizatorem, a otaczającą tkanką zarodkową ułatwia znacznie zastosowanie heterotransplantacji. I tak np. przy przeszczepieniu materjału górnej wargi praust traszki jednego gatunku (np. *Triturus cristatus)* w okolicę przyszłego naskórka brzusznej części zarodka innego gatunku *(Tr. taeniatus)* powstaje drugi system narządów osiowych (płytka rdzeniowa, struna grzbietowa, praczłony, sklepienie prajelita) przeważnie z tkanek gospodarza, a w małej tylko części przy udziale transplantatu (Spemann i H. Mangold, 1924).

Wskutek zachowania swoistego wyglądu przeszczepionej tkanki można na preparatach histologicznych z łatwością wyróżnić terytorja, powstałe z tkanek dwu różnych gatunków. W ten sposób uzyskujemy zarodki, które należy uważać za prawdziwe „chimery". Zarówno heterotransplantacje, jak i ksenotransplantacje, t. zn. przeszczepianie tkanek w obrębie zarodków przynależnych do odległych grup systematycznych, wykazały nieswoistość organizatorów. I tak np. asystent Spemanna Geinitz (1925) wykazał, że organizator płazów bezogonowych *(Anura)* działa w zarodku traszek, a więc płazów przynależnych do rzędu *Urodela.*

Dalsze badania precyzują corazto bardziej nasze wiadomości o organizatorach. Bautzmann (1926) wyznacza terytorjum młodej gastruli, której części, wszczepione do blastocelu drugiej gastruli, mogą wywoływać indukcje. Zasiąg centrum organizacyjnego, według tych doświadczeń, obejmuje mniejwięcej całe terytorjum przyszłej struny grzbietowej i praczłonów. Marx (1925) wykazuje właściwości organizatora w sklepieniu prajelita,

[1]) Podług odczytu wygłoszonego 10 grudnia 1935 r. na posiedzeniu Lwowskiego Oddz. Polsk. Tow. Przyrodników im. Kopernika oraz Lwowskiego Tow. Lekarskiego.

[2]) Pod koniec 1935 r. otrzymał nagrodę Nobla w dziale medycyny Hans Spemann, doktor filozofji, profesor zoologji w Fryburgu (Freiburg i. Br.).

które, podsuwając się pod ektodermę w okresie gastrulacji, determinuje w sposób ostateczny powstawanie płytki rdzeniowej.

Obok tego rodzaju organizatorów, które Spemann określił mianem organizatorów pierwszego rzędu, występują w miarę dalszego rozwoju wtórne organizatory coraz to dalszego rzędu. I tak np. sklepienie prajelita indukuje płytkę rdzeniową, ta przekształca się w swej głowowej części w mózgowie, którego pierwotne pęcherzyki oczne przez zetknięcie z naskórkiem wywołują indukcję soczewki. Dawno stwierdzono, że w razie wycięcia pierwotnego pęcherzyka ocznego soczewka się nie wykształci z odpowiedniej strony zarodka (Spemann 1912). Jeśli zaś na pęcherzyk oczny, znad którego usunęliśmy naskórek, nałożymy naskórek pochodzący np. z okolicy grzbietowej, która normalnie nigdy soczewki nie wykształca, to jednak pod wpływem działania indukcyjnego pęcherzyka ocznego wyróżnicuje się w tym naskórku soczewka (Bröer i Ubisch 1934).

Spemann oraz Mangold wyróżniają trzy rodzaje indukcyj: a) indukcję homogenetyczną (homogeniczną), b) indukcję heterogenetyczną (heterogeniczną) oraz c) indukcję złożoną. Pierwszy wypadek mamy wtedy, jeżeli płytka rdzeniowa wywoła indukcję płytki rdzeniowej, przykładem drugiego rodzaju jest np. indukcja soczewki przez pęcherzyk oczny, a wreszcie indukcją złożoną nazywamy indukcję całego kompleksu narządów (np. prawie całego nowego zarodka) przez jakiś organizator, dajmy na to przez sklepienie prajelita.

Jak już wspomnieliśmy wyżej, jakości organizatorów, na których polegają ich właściwości indukcyjne, nie są swoiste, dzięki czemu możemy w doświadczeniu kombinować materjał w sposób bardzo rozmaity, uzyskując nieraz nader pouczające wyniki. Ponadto zaś, używając do transplantacji tkanek różnogatunkowych lub nawet różnorodzajowych, które mimo poddania się wpływom obcego organizatora zachowują swoje cechy gatunkowe, możemy stwierdzić wynik doświadczenia niejednokrotnie po zewnętrznym wyglądzie zarodka, bez uciekania się do analizy histologicznej. Jeśli np. przeszczepimy kawałek ektodermy zarodka żaby w okolicę zatoki gębowej traszki, to możemy stwierdzić, że przeszczepiony naskórek żaby staje się naskórkiem głowowym, tworzą się w nim np. charakterystyczne dla zarodków żabich ząbki rogowe, podczas gdy po stronie nieoperowanej zarodek gospodarza (traszki w tym wypadku) wytworzył normalny u tego gatunku czułek czepny, nie wytworzył zaś rogowych ząbków (Spemann i Schotté 1932).

Z tych wszystkich badań wynika, że znaczenie organizatorów w rozwoju zarodkowym jest ogromne. Organizatory pojawiają się prawdopodobnie już w jaju niepodzielonem (wyżej wspomniane eksperymenty Spemanna z przewężaniem jaj traszek, doświadczenia O. Mangolda 1920 i in.), a w miarę rozwoju zarodkowego organizatory wtórne zmuszają kolejno pewne terytorja do określonego rozwoju, choć i niezależnie od tych czynników rozwój tych lub innych okolic może być mniej lub więcej określony. Jak wiadomo, prawo podwójnego albo nawet wielokrotnego zabezpieczenia znajduje często w rozwoju zarodkowym pełne zastosowanie.

Rzecz prosta, że od początku badań nad sprawą organizatorów na plan pierwszy wybijało się zagadnienie istoty tych czynników. I tak np. Spemann i Geinitz (1927) udowodnili, że można wzbudzić właściwości indukcyjne w ektodermie, która normalnie tych właściwości nie okazuje. Odpowiednie doświadczenie polegało na wszczepieniu kawałeczka przyszłego naskórka w grzbietową wargę praust młodej gastruli, a kiedy transplantat wskutek ruchów gastrulacyjnych dostał się na terytorjum sklepienia prajelita, wtenczas go spowrotem wycinano i wszczepiano do blastocelu innej młodej gastruli. W rezultacie pokazało się, że implantat nabył właściwości indukcyjnych. Świadczy to o tem, że mamy tu do czynienia z jakimś czynnikiem materjalnym, z jakąś substancją chemiczną, która przechodzi z jednych tkanek w drugie.

Z drugiej strony zaczęto łączyć sprawę organizatorów z teorją gradientów fizjologicznych (Child 1929). Najogólniej możnaby tę teorję streścić w ten sposób, że w jaju, czy w zarodku (a nawet w organizmach dorosłych) rozłożone są właściwości fizjologiczne wzdłuż pewnej osi. Na biegunie tej osi zalega terytorjum o podwyższonej aktywności fizjologicznej, która stopniowo się zmniejsza w miarę oddalania się od tego ośrodka dominującego. Niektórzy badacze utożsamiają centrum organizacyjne Spemanna z ośrodkiem dominującym Childa. Sprawę tę obszernie omówiła niedawno St. Dembowska w „Wszechświecie" (Nr. 6. 1935). Tu tylko zaznaczymy, że w obrębie centrum organizacyjnego stwierdzono pewną polaryzację (Spemann 1927, O. Mangold 1932, 1933). Np. fragment ogonowy płytki rdzeniowej indukuje zespół narządów tylnej części ciała, natomiast głowowa część płytki rdzeniowej wywołuje powstanie nowego zespołu głowowego. Organizator wpływa na rozwój terytorjów sąsiednich, bo jest fizjologicznie czynniejszy, ale ta aktywność fizjologiczna musi prowadzić do wykształcenia pewnych różnic chemicznych danego ośrodka w stosunku do jego otoczenia. Te różnice jakościowe, wynikające z obecności pewnych substancyj, mogą mieć znaczenie ciał organotwórczych (Schleip 1929).

Cały szereg autorów stara się w latach ostatnich zbadać istotę tych czynników, które nadają organizatorom ich charakterystyczne właściwości (Spemann, Fischer, Wehmeier 1933, Holtfreter 1933, 1934, Woerdeman 1933, J. Needham, Waddington, D. M. Needham 1933, 1934, etc.). Podejrzewano — zresztą niesłusznie — glikogen o właściwości indukcyjne, inni znów czynnemu ciału organizatorów przypisują naturę lipoidową. W każdym zaś razie zbliżamy się do wyosobnienia i określenia czynnej substancji, przyczem głos w tej sprawie należy oczywiście do biochemików. Jest rzeczą niezmiernie interesującą, że zabita tkanka organizatorów (induktorów) niekoniecznie traci swoje właściwości indukcyjne. Cały szereg czynników chemicznych i fizycznych nie niweczy tych właściwości, np. ogrzewanie na wilgotno do 60—100°, a na sucho do 120°, 1½-godzinne gotowanie, poddanie tkanki organizatora zamrożeniu, roztarciu, skoagulowaniu, 6-miesięczne wyciąganie alkoholem, przepojenie ksylolem oraz parafiną 60°, kilkugodzinne działanie 20% kwasem solnym, długotrwałe działanie zimnego eteru i t. d. Organizatory tracą swe właściwości indukcyjne po ogrzaniu powyżej 120°, po dłuższem gotowaniu, po odpowiednio długiem działaniu szeregu środków wytrawiających. Tkanki zarodkowe, które normalnie nie indukują (np. przyszły naskórek, entoderma gastruli i neuruli), nabywają własności indukcyjnych przez 1—3-minutowe gotowanie, zamrożenie, wysuszenie przy 23°—90°, przez działanie alkoholem, ksylolem i parafiną, przez kilkugodzinne działanie eterem i t. d. Jest jednak rzeczą bardzo zajmującą, że w tym wypadku, ogólnie biorąc, właściwości indukcyjne są słabsze, niż przy działaniu taksamo traktowanych organizatorów. Świadczyłoby to, że substancyj indukujących jest w tych tkankach mniej, przyczem w normalnych warunkach jest ta ich aktywność w ten lub ów sposób unicestwiona. Zwraca też uwagę fakt, że zabicie tkanki organizatora znosi wpływ jego biegunowości na rodzaj indukcji (różnice okolicy głowowej i ogonowej), przyczem rzadko pojawia się indukcja o charakterze mezodermalnym, co świadczyłoby o prawdopodobieństwie istnienia pewnych różnic między ciałami, które wywołują indukcje mezodermalne, a temi, które determinują narządy pochodzenia nerwowego.

Należy wreszcie podkreślić, że właściwości indukcyjne w stosunku do zarodków traszki stwierdzono w tkankach całego szeregu zwierząt, jak robaków, mięczaków, stawonogów, ryb, płazów, gadów, ptaków i ssaków; właściwości te posiadają też tkanki ludzkie. Wogóle tkanki bezkręgowych indukują znacznie słabiej niż kręgowców, pośród zaś narządów (czy tkanek), pochodzących z zwierzęcia jednego gatunku, pewne mogą indukować silniej, jak np. gruczoły dokrewne, inne zaś słabiej (np. soczewka, tkanka tłuszczowa). Doświadczenia z substancjami pochodzenia roślinnego, np. ze skrobią pszenicy, ziemniaków i bananów, wypadły negatywnie. Także płytki agaru lub wosku, wszczepione młodej gastruli, nie wywołują indukcji, co wyklucza działanie czynników mechanicznych.

Te wszystkie badania nie świadczą oczywiście o tem, ażebyśmy w każdym wypadku pozytywnym mieli do czynienia z temi samemi substancjami, które są czynne w rozwoju zarodkowym; niemniej jednak mamy drogę otwartą do wyosobnienia, a więc i do chemicznego zbadania większych ilości czynnej substancji o działaniu indukcyjnem, niż gdybyśmy tylko operowali materjałem uzyskanym z drobnych zarodków płazów.

Kończąc, musimy podkreślić ważność odkrycia Spemannowskiego, które otwarło nowy rozdział embrjologji przyczynowej, tem bardziej, że stwierdzono obecność organizatorów nietylko u płazów, ale także w zarodkach innych kręgowców, a nawet zwierząt bezkręgowych. Jakkolwiek dalecy jesteśmy w tej chwili od dokładnego poznania istoty czynnej substancji organizatorów, to jednak możemy przypuszczać, że są to jakieś substancje chemiczne, które, rozchodząc się z pewnych centrów, wpływają na rozwój sąsiednich części zarodka. W tym wypadku więc mamy do czynienia z różnicowaniem się zależnem (Roux).

Sprawa dokładnego poznania istoty czynnika, o który chodzi, ostateczne wyjaśnienie sprawy: „organizatory — teorja gradientów fizjologicznych", a wreszcie próba analizy tych pierwszych przyczyn, które decydują o pojawieniu się organizatorów w jaju — oto jedne z ważniejszych przyszłych dróg w zakresie badań nad zagadnieniem determinacji.

## PRACE ORYGINALNE.

Dr. Wiktor JANKOWSKI. St. Asystent. Lwów.

### Zapalenia jam bocznych nosa.

Z Kliniki Oto-laryngologicznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. T. Zalewski.

Dokończenie.

Pierwszem zadaniem jest otrzymanie drożności kanału czołowo-nosowego. W przypadkach ostrego zapalenia zatoki czołowej, kiedy zamknięcie kanału spowodowane jest obrzękiem błony śluzowej, bardzo często wystarczy podawanie adrenaliny lub kokainy celem usunięcia obrzęku. Natomiast z wycięciem przegrody nosowej lub usunięciem przedniego końca muszli środkowej, usunięciem polipów lub przerostów w ostrych stanach zapalnych zatoki czołowej nie należy sie spieszyć; po tych operacjach wewnątrznosowych jesteśmy zmuszeni jamę nosową czasowo tamponować, a przez to zamykamy odpływ ropy z zatoki, co przyczynić się może do wzmożenia zapalenia. W przypadkach podobnych w razie silnych objawów gromadzenia się ropy w zatoce należy raczej otworzyć ją od zewnątrz (Hajek). Dopiero po pewnem uśmierzeniu się ostrych objawów możemy myśleć o wyżej wymienionych zabiegach wewnątrznosowych. W przypadkach przewlekłych, nie potrzebujemy czekać na wskazania do wyżej podanych zabiegów. Pozatem stosujemy sondowanie i systematyczne przepłókiwanie zatoki. W przeważnej części przypadków zachowawcze leczenie wystarcza, dlatego stosunkowo rzadko przychodzi do zabiegu operacyjnego w przypadkach ostrych. Na pytanie jak długo należy w przypadkach przewlekłego zapalenia zatoki czołowej poprzestawać na zachowawczem leczeniu, trudno odpowiedzieć; należy zwrócić uwagę, że żadna z metod radykalnych nie daje nam pewności zupełnego wyleczenia. Ogólnie stosujemy zasadę, że o ile po zastosowaniu leczenia wewnątrz-nosowego udało nam się doprowadzić do stanu, w którym chory nie ma dolegliwości spowodu zajętej zatoki, nie stosujemy zabiegu operacyjnego od zewnątrz.

Wskazaniem bezwzględnem do operacji będzie rozszerzanie się sprawy zapalnej poza jamę czołową, a szczególnie występowanie poważnych ogólnych objawów, albo objawów mózgowych i narządu wzroku. Nierzadkie są przypadki przebicia ropy przez przednią ścianę zatoki, wtedy mamy do czynienia z ropniem lub nawet przetoką w okolicy gładzizny. Poważniejszem powikłaniem jest rozszerzenie się sprawy zapalnej na jame oczodołową. W tych przypadkach powstają bardzo często objawy ze strony gałki ocznej: zdarzają się przypadki osłabienia mięśni ocznych lub przemieszczenia gałki ocznej, skutkiem czego powstaje podwójne widzenie. Często jednak chory nie ma podwójnego widzenia, chory przyzwyczaja się, patrząc, wyłączać chore oko. Objaw ten po operacji, kiedy gałka oczna powraca na swoje miejsce, niekiedy, jak to w jednym z naszych przypadków sama chora zauważyła, nagle ustępuje. Spostrzegano też osłabienie siły wzroku spowodu pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego, które po operacji częściowo lub całkowicie się cofnęło w następstwie czego wystąpiła poprawa wzroku po zabiegu. Najgroźniejszem powikłaniem są powikłania ze strony jamy czaszkowej w postaci zapalenia opon mózgowych lub ropnia mózgu.

Przeważnie operujemy w znieczuleniu miejscowem, jedynie w przypadkach zapalnego nacieczenia okolicznych części miękkich uciekamy się do uśpienia ogólnego. Dla odsłonięcia okolicy zatoki czołowej używamy cięcia Kiljana, które biegnie łukowato wzdłuż wewnętrznej części łuku nadoczodołowego a następnie ku dołowi wzdłuż wyrostka czołowego szczęki górnej. Podane są rozmaite sposoby operacyjnego leczenia schorzeń zatoki czołowej; od zewnątrz najłatwiej dostać się do jamy czołowej przez ścianę przednią i dolną, t. j. oczodołową, i te dwie drogi były użyte bądź pojedyńczo, bądź jednocześnie do otwarcia zatoki czołowej. Ogston-Luc i Kuhnt otwierają zatokę czołową robiąc otwór w przedniej ścianie, Jansen wydłótowuje ścianę oczodołową. Riedel zabiera przednią i oczodołową ścianę na znacznej przestrzeni, Kiljan robi jeden otwór w przedniej ścianie a drugi w ścianie oczodołowej, pozostawiając między otworami listewkę kostną, która odpowiada łukowi nadoczodołowemu. Nie ulega wątpliwości, że rozległa resekcja ścian zatoki czołowej może prowadzić do większego lub mniejszego zniekształcenia, szczególnie pod tym względem niepożądane następstwa ma resekcja przedniej ściany. Dlatego też należy otwór robić tylko tak duży, by można całą zatokę dokładnie obejrzeć i zmienioną błonę śluzową usunąć. Z tego też powodu wykonujemy operację w następujący sposób: cięciem Kiljana odsłaniamy przednią i dolną ścianę jamy czołowej, odsuwając części miękkie zapomocą elewatorjum; przy dłótowaniu dolnej oczodołowej ściany odsuwamy od kości razem z częściami miękkiemi i woreczek łzowy, a przynajmniej górną jego część. Dłótowanie rozpoczynamy w dolnej oczodołowej ścianie, tuż nad kością łzową, stopniowo rozszerzamy otwór resekując wyrostek czołowy szczęki górnej i przednią ścianę jamy czołowej tak daleko, ile potrzeba do dokładnego obejrzenia całej zatoki i do usunięcia schorzałej błony śluzowej. Po otwarciu jamy czołowej usuwamy możliwie dokładnie zmienioną błonę śluzową, następnie tworzymy szeroką komunikację z jamą nosową, w tym celu resekujemy częściowo wyrostek czołowy szczęki górnej, lub też ścianę komórek sitowych, gdyby tego zaszła potrzeba.

Po otrzymaniu szerokiej komunikacji z jamą nosową tamponujemy jamę czołową wprowadzając gazę przez nos. Ranę zewnętrzną przeważnie zaszywamy zupełnie, Hajek radzi nie zaszywać rany zewnętrznej lecz goić ją *per secundam intentionem.* Po dwóch, trzech dniach usuwamy częściowo tampon przez nos, a po 5 dniach usuwamy go zupełnie. Po usunięciu tamponu stosujemy codziennie przepłókiwanie jamy czołowej przez nos aż do zupełnego ustania wydzieliny. Błona śluzowa zatoki dość szybko regeneruje się bądź z pozostałych resztek śluzówki bądź też ze śluzówki jamy nosowej. Zarośnięcia zatoki przez wypełnienie światła tkanką łączną można się chyba spodziewać wyjątkowo, kiedy zatoki sa bardzo małe. Jest rzeczą oczywistą, że takie zarośnięcie zatoki byłoby najidealniejszem wygojeniem się. O ile mamy przetoki nazewnątrz lub zniszczoną na większej lub mniejszej przestrzeni kość, operacja staje się mniej typową, zawsze jednak będziemy się starali w naszem postępowaniu zbliżyć do klasycznej operacji.

Postępując w wyżej opisany sposób, osiągamy jednocześnie obok wyleczenia bardzo dobre wyniki kosmetyczne.

Z ostrych przypadków 11 zostało wyleczonych bez operacji, w 4 przypadkach zmuszeni byliśmy wykonać zabieg operacyjny.

W pierwszym przypadku chory zgłosił się z objawami ostrego zapalenia, z obrzękiem powieki górnej, w kacie nosowo-czołowym wyczuwalne było chełbotanie, ciepłota ciała dochodziła do 40$^0$. Przy operacji okazała się przetoka w oczodołowej ścianie zatoki, przetokę rozszerzono, jamę wyskrobano, rany skórnej nie zaszywano. Rana zagoiła się *per secundam.*

Drugi przypadek: chora lat 16, objawy ostrego zapalenia prawej zatoki czołowej, istniejące od trzech dni z bardzo silnemi bólami głowy, ciepłota ciała do 40$^0$, obfity wyciek ropny z nosa, obrzęk w wewnętrznym kącie oka prawego, obrzęk błony śluzowej nosa. Badanie okulistyczne wykazało: Obrzęk brodawki nerwu ocznego. Na drugi dzień pojawiła się lekka sztywność karku, wymioty, zwolnienie tętna. Wykonano operację doszczętną. Chora po zabiegu zamroczona. Na trzeci dzień po operacji wystąpiły drgawki o charakterze klonicznym, pojawiające się kilka razy na dobę. Po 5 dniach drgawki ustąpiły, ciepłota, dotychczas stale podwyższona, spadła, chora przytomniejsza. Badanie neurologiczne stwierdziło: *hemiparesis dextra cum aphasia motoric. et sensoric. Meningitis.* Z płynu mózgowordzeniowego wyhodowano pneumokoki. Na przedramieniu prawem wytworzył się ropień przerzutowy, który nacięto. Stan chorej nieco poprawił się. Chora zdaje się rozumieć mowę, nie mówi nadal. Badanie okulistyczne wykazało: dno oka prawidłowe. Po 4 następnych dniach ponowne pogorszenie, wystąpiły drgawki, ostatecznie chora w 22 dniu po operacji a w 26 choroby zmarła. Sekcja wykazała: *leptomeningitis purulenta. Pyocephalus internus maior. grad. Oedema encephali. Abscessus metastaticus lienis.*

W trzecim przypadku chora lat 28 zgłosiła się z ostrem zapaleniem zatoki czołowej i szczękowej po stronie lewej. Sztywność karku wyraźnie zaznaczona. Opuszczenie i obrzęk górnej powieki lewej. *Oedema pap. n. opt. oc. utr.,* po stronie lewej zmiany na dnie oka większe. Chora na proponowany zabieg się nie zgodziła, wobec czego przeniesiono ją na klinikę neurologiczną. Po 5 dniach chora powróciła z rozpoznaniem: zapalenie ropne opon, ropień mózgu. Wykonano typową operację doszczętną zatoki czołowej, następnie w tylnej ścianie zatoki wydłótowano otwór, przez który nakłuto mózg, w kierunku ku górze i ku tyłowi. W głębokości 1 cm natrafiono na ropę. Strzykawką wydobyto kilkanaście cm$^3$ cuchnącej ropy. Otwór w kości rozszerzono. Następnie nacięto opony i mózg wzdłuż igły i założono drenik. Z ropy pobranej z jamy czołowej wyhodowano gronkowce oraz pałeczki błonicy rzekomej, z ropy pobranej z opon wyhodowano *staphylococcus albus,* a z ropy ropnia mózgu otrzymano *staphylococcus albus* i *anhemoliticus.* Po zabiegu nastąpiła bardzo znaczna poprawa. Bóle ustąpiły, łaknienie dobre, chora prawie bez gorączki, przytomna. Jamę ropnia przepłókiwano codziennie roztworem fizjologicznym soli kuchennej. Stan zadowalający utrzymywał się przez 6 dni. Siódmego dnia po operacji nagłe podniesienie ciepłoty do 40$^0$, chora straciła przytomność. Badanie okulistyczne wykazało na dnie oka silna tarczę zastoinową. Stan chorej pogarszał się, zalegania ropy przy zmianie opatrunku nie stwierdzono, ostatecznie nastąpiło dziesiątego dnia zejście śmier-

telne. Sekcji ze względów zewnętrznych nie można było wykonać.

Czwarty przypadek dotyczył dziewczynki lat 7, u której przed kilkoma dniami przed zgłoszeniem się na klinikę wystąpiło ostre zapalenie zatoki czołowej. Badanie wykazało: sztywność karku, tętno zwolnione, ciepłota 39,2°. Chora nieprzytomna. W nosie po stronie prawej stwierdzono nieznaczną ilość wydzieliny śluzowo-ropnej. Badaniem rentgenologicznem stwierdzono zaciemnienie zatoki czołowej. Wykonano operację, przyczem znaleziono błonę śluzową zatoki nieznacznie zgrubiałą. W zatoce znaleziono wydzielinę śluzową. Nakłucie lędźwiowe dało płyn mętny, około 1000/3 leukocytów. Na drugi dzień dziecko nie odzyskawszy przytomności zmarło. Sekcji ze względów zewnętrznych wykonać nie było można.

Kindler w śmiertelnie przebiegających zapaleniach opon mózgowych miał mniejsze ilości leukocytów w płynie mózgowo-rdzeniowym (500/3).

Zapalenia opon mózgowych w ropieniach w zatoce czołowej są stosunkowo dość rzadkie. Kindler zebrał trzy przypadki, V. Eicken podał też trzy przypadki. Wogóle zebrał Bürger na 321 powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzących z zapaleń zatok czołowych — 83 przypadki zapaleń opon mózgowych lub ropni zewnątrzoponowych. Podobne zestawienie Boeninghausa obejmuje 61, a Totiego 24 — t. j. razem 85 przypadków zapaleń opon mózgowych, występujących jako powikłanie zapaleń zatoki czołowej. Mamy tu przeważnie do czynienia z zapaleniem opon mózgowych strony wypukłej mózgu, które ma dawać lepsze rokowanie niż zapalenia opon podstawy czaszki.

Z przypadków tych widać, że do przejścia procesu zapalnego z zatoki czołowej na opony mózgu lub mózg nie jest koniecznem przerwanie ciągłości ścian zatoki. Według badań Hinsberga i Sternberga zakażenie postępuje drogą zakrzepu w żyłach, które przechodzą przez tylną ścianę zatoki. Również Szmurło i Laskiewicz uważają tę drogę przenoszenia się zakażenia za najczęstszą.

Z 15 przypadków przewlekłego ropienia w 6 przypadkach mieliśmy do czynienia z typowem chronicznem zapaleniem, w których sprawa zapalna poza zatokę nie wychodziła. Rentgenologicznie wykazano zaciemnienie. Przepłókiwanie stale zalegającej ropy. W nosie obraz przewlekłego nieżytu. Wykonano operację doszczętną. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, niepowikłany, tylko w jednym przypadku kanał do jamy nosowej wytworzony przy operacji miał dążność do ciągłego zwężania się. Musiano przez dłuższy czas kanał setonować. W siódmym przypadku po typowej operacji, chory opuścił klinikę na własne żądanie; w ranie pooperacyjnej pozostała drobna przetoka. W 1½ miesiąca potem chory zgłasza się z powtórnem ropieniem w zatoce operowanej, przyczem stwierdzono brak komunikacji zatoki czołowej z nosem. Przy powtórnej trepanacji stwierdzono, że zatoka jest już wypełniona częściowo ziarniną. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

W następnych przypadkach sprawa ropna rozszerzała się poza zatokę czołową.

W dwóch przypadkach chorzy zgłosili się z przetokami zewnętrznemi. W jednym przetoka drążyła przez przednią ścianę zatoki, w drugim przez dolną, oczodołową ścianę. U pierwszego chorego kanał łączący zatokę czołową z nosem miał również dążność do zamykania się, wobec czego założono cieniutki drenik, który usunięto dopiero po 10 dniach. Drugi chory został wypisany dla leczenia ambulatoryjnego z małą przetoką zewnętrzną.

Również w trzech następnych przypadkach mieliśmy powikłanie ze strony jamy oczodołowej bez przebicia ściany oczodołowej zatoki. W jednym z nich wystąpił wskutek zajęcia zatoki czołowej lekki wytrzeszcz gałki ocznej, pareza mięśnia wewnętrznego, podwójne widzenie. Wykonano operację radykalną, chory został wyleczony, objawy ze strony gałki ocznej ustąpiły. W drugim przypadku stwierdzono zwężenie koncentryczne pola widzenia co przypisać należy sprawie pozagałkowej w nerwie wzrokowym. Chory liczy palce z odległości 1 metra. Po operacji badanie okulistyczne wykazało znaczną poprawę, pole szersze, v. 6/18. W trzecim przyp. wystąpiło zapalenie zatoki po uderzeniu w czoło; pojawił się obrzęk części miękkich, wytrzeszcz gałek ocznych, wykonano operację typową, nastąpiło zupełne wyleczenie. W innym przypadku mieliśmy rozległe ropienie kości czołowych z jednoczesnem ropieniem w obydwóch zatokach czołowych. Chory przed 1½ rokiem został kopnięty przez konia w czoło w okolicę nasady nosa. Przy badaniu stwierdzono w nosie obecność znacznej ilości ropy, wygięcie przegrody nosowej w znacznym stopniu na stronę lewą. Ciepłota ciała prawidłowa. Na czole w okolicy gładzizny guz wielkości połowy jabłka, na szczycie tegoż przetoka. W nosie po stronie prawej znaczny przerost muszli środkowej. Przy operacji atypowej przeprowadzono cięcie przez przetokę z góry ku dołowi. Odsłonięto kość czołową, przyczem stwierdzono w kości czołowej ubytek, wielkości dwugroszówki, przez który wchodziło się do obu zatok. Zatoka lewa była bardzo duża, natomiast prawa była małych rozmiarów. W obu zatokach znajdowała się ropa. Brzegi otworu kostnego były ponadżerane, nierówne, scieńczałe. Kość na znacznej przestrzeni usunięto, zrobiono komunikację z prawej jamy czołowej do nosa; jamę wytamponowano gazą jodoformową, wyprowadzając gazę przez nos; ranę zewnętrzną pozostawiono otwartą. Po 10 dniach chory zaczął gorączkować, ciepłota dochodziła niekiedy do 40°. Wystąpiły objawy ze strony opon mózgowych, chory jednak na zabieg powtórny się nie zgodził i na własne żądanie opuścił klinikę.

Operowaliśmy też dwa przypadki *mucocoele* w jamie czołowej, jeden jako nawrót po operacji zatoki czołowej, wykonanej przed 20 laty gdzieindziej, w drugim przypadku śluzaka zawierały również komórki sitowe, które otworzono od strony nosa. W obu przypadkach gałki oczne były przesunięte nazewnątrz i ku dołowi.

W czternastu przypadkach zajęcia zatoki szczękowej, czołowej i komórek sitowych, leczono zatokę czołową tylko w czterech przypadkach operacyjnie. W dwóch pierwszych przypadkach mieliśmy do czynienia ze zwykłem ropieniem w jamie czołowej, w trzecim przypadku chora zgłosiła się z silnym obrzękiem powieki górnej i czoła z ropniem podokostnowym. Przy operacji zatoki czołowej okazała się przetoka w przedniej ścianie zatoki czołowej. W tych trzech przypadkach przebieg pooperacyjny był bez powikłań. W czwartym przypadku było silne ropienie wszystkich jam bocznych. U chorej wykonaliśmy wyskrobanie komórek sitowych, potem operację zatoki czołowej, wreszcie po 20 dniach operację Caldvell-Luc'a — w miesiąc po operacji zatoki czołowej wystąpił nagle obrzęk i zaczerwienienie w kącie przyśrodkowym oka, w miejscu tem wykryto chełbotanie. Od strony nosa stwierdzono brak drożności kanału do jamy czołowej. Otworzono zatokę od zewnątrz. Od strony nosa zrobiono ponownie komunikację, poczem chora wyzdrowiała.

Zbierając to co mówiliśmy o zatokach czołowych, zaznaczam, że na 172 zajęć zatok bocznych — mieliśmy 55 zapaleń zatoki czołowej. Operacyjnie od zewnątrz leczono 22 przypadki a jeden wewnątrznosowo.

Z powikłań oczodołowych należy wymienić dwie przetoki zewnętrzne i dwa ropnie podokostnowe. W jednym przypadku przetoka wytworzyła się na *glabelli*. Wytworzona nadżerka w kości dotyczyła w trzech przypadkach przedniej, a w dwóch dolnej, t. j. oczodołowej ściany zatoki. Powikłania oczodołowe zdarzają się przeważnie, jak to wyżej wspomniałem u osobników starszych. W razie silniejszego obrzęku części miękkich lub ropnia, gałka oczna zostaje zepchnięta ku bokowi i wdół i równocześnie nieco wypchana ku przodowi (5 przypadków silnego obrzęku zapalnego części miękkich oczodołu). Dalej z powikłań oczodołowych należy wymienić: osłabienie mięśni gałki ocznej (dwa przypadki) oraz jeden przypadek pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego.

W zestawieniu tem widać, że stosunkowo rzadziej w zajęciu zatoki czołowej przeprowadza się zabieg doszczętny. Na 55 przypadków, 23 operowano. Podobnie statystyki innych autorów wykazują dużą ilość przypadków wyleczonych sposobami zachowawczemi. Zatoka czołowa, jak to zgodnie podnoszą różni autorowie (Hajek, Denker, Rhese, Krainz, Brügman, Benjamins i t. d.) ma wielką skłonność do wyleczenia. Z drugiej strony żadna z metod operacyjnych tak zewnętrznych, jak i wewnątrznosowych nie prowadzi w 100% do wyleczenia. Cytowany przez Brügmana Boeninghaus miał na 148 przypadków operowanych sposobem Ogston-Luc — 82% wyleczeń, na 90 przypadków operowanych sposobem Jansen-Rittera — 96% wyleczeń, na 294 przypadków operowanych sposobem Kiljana — 90% wyleczeń. Natomiast sam Kiljan miał mieć nawet 93% wyleczeń. Według nowszych statystyk cyfry te jednak są gorsze. Lewenfisz na 56 chorych operowanych wewnątrznosowo miał w 18 przypadkach zupełne wyleczenie, u 22 chorych ropienie nie ustąpiło, natomiast wystąpiły inne dolegliwości, wreszcie 16 chorych po operacji wewnątrznosowej operowano drogą zewnętrzną. Operacyj zewnątrznosowych wykonał 29. Autor na podstawie swojego materjału dochodzi do wniosku, że do operacji zewnątrznosowej, jednoczasowej kwalifikują się jedynie przypadki powikłane, gdzie dwuczasowa operacja jest niewskazana. Przypadki zwykłego przewlekłego ropienia zatoki czołowej radzi operować dwuczasowo, jako pierwszy etap otwarcie zatoki od nosa, jako drugi operacja zewnątrznosowa (sposobem Rittera).

Według Benjaminsa, na 19 przypadków operowanych sposobem Kiljana wystąpiło ośm nawrotów, na dziesięć operacyj sposobem Jansena — trzy, na czternaście operacyj spo-

sobem Riedla — trzy nawroty. Na 56 operacyj wewnątrznosowych sposobem Mosher-Vascher'sche, było 40 klinicznie wyleczonych, w 12 przypadkach poprawa stanu chorobowego, cztery przypadki bez poprawy, w trzech dalszych musiano operować powtórnie zewnątrznosowo. Svante-Svenson na 65 operacyj sposobem Kiljana miał 5 nawrotów. Przy operacjach wewnątrznosowych sposobem Hallego miał Beckstein na 42 operowanych — wyleczenia 18 przypadków, znacznej poprawy 17 przypadków, a w siedmiu przypadkach nastąpiła mała poprawa; na 42 wszystkich przypadków u 9 chorych kanał między zatoką czołową a jamą nosową uległ zamknięciu.

W naszych przypadkach operowanych wychodziliśmy zawsze z cięcia zewnętrznego, przyczem zatokę otwieraliśmy od dołu i przodu. Otwór ten daje nam bardzo dobry przegląd schorzałej śluzówki i możność dokładnego jej usunięcia.

Z powikłań operacyjnych należy wymienić zamknięcie się kanału łączącego zatokę czołową z nosem (dwa przypadki), skutkiem czego przyszło ponownie do nagromadzenia się ropy w zatoce. Musiano więc otworzyć zatokę od zewnątrz, oraz ponownie wykonać połączenie zatoki czołowej z jamą nosową. Pozatem w 2 następnych przypadkach kanał miał skłonność do zwężania się, tak że musiano go rozszerzać drenikiem lub sączkiem z gazy jodoformowej. Rana skórna zazwyczaj goi się *per primam*, dość często jednak wytwarza się w skórze bodaj nieznaczne ropienie, a nawet jako skutek tegoż, powstają przetoki zewnętrzne, długo utrzymujące się, co spostrzegaliśmy w trzech przypadkach. W jednym przypadku mimo operacji doszczętnej ropienie i to znacznego stopnia utrzymywało się nadal, dając objawy zapalenia opon mózgowych; dotyczy to chorego po urazie, gdzie rozwinęło się oprócz ropienia zatok czołowych i zapalenie kości czołowych. Wynik kosmetyczny był zawsze zadowalniający.

Przebieg pooperacyjny jest zwykle bezgorączkowy. Nawet w tych przypadkach, kiedy chory przed zabiegiem gorączkował, po zabiegu występuje szybki spadek ciepłoty. Utrzymująca się lub pojawiająca się ciepłota po operacji wskazywać może na rozpoczynające się powikłanie.

Komórki sitowe zajęte były 55 razy. Z tego w 20 przypadkach ropienie ograniczone było do komórek sitowych, u 11 chorych oprócz ropienia w komórkach sitowych mieliśmy do czynienia z lekkiem zajęciem zatoki czołowej, w 10 przypadkach zajęcie komórek sitowych wystąpiło razem z ropieniem w zatoce szczękowej, wreszcie w 14 przypadkach oprócz ropienia w komórkach sitowych widzieliśmy ropienie tak w zatoce szczękowej jak i czołowej. Wszystkie 20 przypadków, w których ropienie ograniczone było do komórek sitowych, leczyliśmy operacyjnie przez wyskrobanie komórek sitowych. Również w 11 przypadkach współczesnego zajęcia komórek sitowych i zatoki czołowej, w których jednak ropienie w komórkach sitowych wysuwało się na plan pierwszy, wystarczyło wyskrobanie komórek sitowych. Resztę przypadków omówiłem powyżej.

Na 55 przypadków było lewostronnych 28, prawostronnych 20, obustronnych 7. Zajęcie komórek sitowych występowało częściej u mężczyzn (32 przypadki), rzadziej u kobiet (23 przypadki). U dzieci zapalenie komórek sitowych występuje sporadycznie (2 przypadki). Zapalenie komórek sitowych występowało najczęściej pomiędzy 20 a 30 rokiem życia (na 55 przypadków — 33).

Również i w leczeniu zapalenia komórek sitowych należy pogodzić się niekiedy z t. zw. pozornem wyleczeniem: Chory jest pozbawiony uciążliwych objawów, jednak pewna wydzielina w zajętych komórkach pozostaje nadal. Dobre usługi oddaje wtedy naświetlanie lampą „Sollux", lub sucha kąpiel elektryczna aparatem Brüningsa. Niekiedy chorzy skarżą się na nieprzyjemne zasychanie w nosie, szczególnie po zbyt radykalnych operacjach labiryntu sitowego. Operację niejednokrotnie wykonywaliśmy na kilku posiedzeniach. Powikłań pooperacyjnych ze strony oczodołu nie mieliśmy.

W jednym przypadku ostrego ropnego zapalenia komórek sitowych i zatoki szczękowej przyszło do przebicia z komórek sitowych do oczodołu i do wytworzenia się ropnia w częściach miękkich. Ropień nacięto. Po pewnem uśmierzeniu się ostrych objawów, otwarto od nosa komórki sitowe, następnie wykonano operację radykalną zatoki szczękowej. Chory przez dłuższy czas miewał nieznaczny wyciek z komórek sitowych.

W 5 przypadkach mieliśmy do czynienia ze śluzakowiakiem, rozdęciem labiryntu komórek sitowych i z przesunięciem gałki ocznej nazewnątrz. W jednym przypadku udało się silnie rozdętą boczną ścianę nosa ręcznie wyprostować. W 20 dni potem komórka zasklepiła sie ponownie, tak że musiano ją powtórnie otwierać.

W jednym przypadku powstał zanik nerwu wzrokowego po zapaleniu pozagałkowem. Dotyczyło to chorego lat 27, który przed dwoma tygodniami w przeciągu kilku dni zaniewidział, w nosie stwierdzono lekki obrzęk, i zaczerwienienie błony śluzowej. Przy operacji znaleziono nieznaczne ropienie w komórkach sitowych. Stan po operacji nie uległ polepszeniu. Niewiadomo więc, czy zapalenie pozagałkowe było spowodowane rzeczywiście zajęciem komórek sitowych.

W jednym przypadku mieliśmy zejście śmiertelne. Dotyczył on chorego lat 20, który przed 6 miesiącami przebył ostry katar nosa, potem stale nieżyt nosa. Przed 7 tygodniami wystąpiły bóle głowy oraz wypchanie gałki oka prawego nazewnątrz i ku przodowi. Badanie wykazało: w nosie obraz przewlekłego nieżytu, obrzęk w przyśrodkowym kącie oka prawego, przechodzący na powiekę górną. Badanie okulistyczne wykazało: wytrzeszcz, podwójne widzenie, porażenie górnego mięśnia prostego. Rentgenologicznie obustronne zaciemnienie komórek sitowych. Silne bóle głowy. Ciepłota ciała wysoka. W uśpieniu eterowem wykonano operację radykalną od zewnątrz, przyczem okazało się, że przyśrodkowa ściana oczodołu była zupełnie zniszczona; komórki sitowe zlane w jedną dużą jamę ropnia. Jamę wytamponowano od wewnątrz i od zewnątrz. Po operacji chory stracił przytomność, trzeciego dnia zmarł. Sekcja wykazała: ropniak jamy czołowej i sitowej (*empyema sinus frontalis et ethmoidalis*). Nadżerka nakrywy otworu oczodołu. Zapalenie ropne opon. Ropień prawego płatu czołowego. Ropienie więc zatoki czołowej nie było za życia rozpoznane.

Wogóle więc mieliśmy dwa ropnie mózgu, pochodzenia nosowego, oba w płacie czołowym i oba śmiertelne. Z tego jeden za życia był rozpoznany i operowany, drugi stwierdzono dopiero na sekcji.

W tym czasie mieliśmy 14 ropni mózgu płatu skroniowego usznego pochodzenia, z tego 10 przypadków z zejściem śmiertelnem.

Ropnie mózgu pochodzenia usznego są conajmniej 10 razy częstsze od ropni mózgu pochodzenia nosowego. Ropnie mózgu powstają najczęściej na tle zapalenia zatoki czołowej. Na 176 ropni mózgu, zebranych przez Bürgera, pochodzących z zapaleń jam bocznych nosa 140 przypada na jamę czołową, 25 na komórki sitowe i 5 na zatokę szczękową, a tylko jeden przypadek na zatokę klinową. Ropnie mózgu pochodzenia nosowego najczęściej dotyczą płatu czołowego; w powyższem zestawieniu tylko w 4 przypadkach ropień był umiejscowiony w płacie skroniowym i w jednym przypadku w płacie potylicowym, reszta ropni w płacie czołowym. Natomiast ropnie płatów czołowych pochodzenia usznego są niezmiernie rzadkie. Podobnie statystyka zebrana przez Hajeka, obejmująca 170 przypadków ropni, podaje, że zatoka czołowa jest najczęstszą przyczyną ropni: 146 przypadków, potem komórki sitowe 16 przypadków, wreszcie zatoka szczękowa 8 przypadków.

Ogólnie mówiąc, powikłania wewnątrzczaszkowe najczęściej występują na tle spraw zapalnych w zatoce czołowej. Na 534 powikłań wewnątrzczaszkowych, zebranych przez Bürgera 321 przypadków powstało na tle zapalenia zatoki czołowej, 94 z zatoki klinowej, 79 z komórek sitowych, a tylko 18 na tle ropienia w zatoce szczękowej.

W naszych przypadkach mieliśmy trzy powikłania wewnątrzczaszkowe o przebiegu śmiertelnym, przy ropnem zajęciu zatoki czołowej i jeden przypadek w przebiegu ropienia zatoki sitowej i czołowej. Pozatem jeden przypadek zapalenia opon mózgowych, jako powikłanie zapalenia zatoki czołowej. Pacjent ten, jak wyżej wspomniałem opuścił klinikę na własne żądanie.

Przypadki powikłań wewnątrzczaszkowych dotyczą przeważnie osobników młodych.

W naszym materjale wiek chorych wynosił 7, 16, 20, 28 i 30 lat.

Powikłania wewnątrzczaszkowe rozwinęły się w trzech przypadkach w przebiegu ostrych spraw zapalnych w zatokach bocznych, w dwóch przypadkach w przebiegu przewlekłych ropień zatok bocznych.

Czy powikłania wewnątrzczaszkowe zdarzają się częściej przy zapaleniach ostrych, czy przewlekłych jam bocznych nosa, trudno orzec, zdania autorów są podzielone.

Na zakończenie chciałbym stwierdzić, że zestawienie niniejsze, obejmujące tylko chorych, którzy wymagali leczenia klinicznego, musi się różnić od zestawień innych autorów, którzy uwzględniali w swych statystykach również przypadki lekkie, leczone ambulatoryjnie.

*Piśmiennictwo:*

1) Laskiewicz: P. Przegl. Oto-laryng. T. VI. Z. 2—3. — 2) Szmurło: P. Przegl. Oto-laryng. T. VI. Z. 2—3. — 3) H. Bürger: Handbuch der Hals- Nasen- Ohrenheilkunde. Denker-Kahler. B. II. — 4) Zalewski: Monatschr. f. Ohrenheilkunde

und Laryngo-Rhin. Jahrg. 64. — 5) Koenigstein: P. Przegl. Oto-laryng. T. I. Z. 1. — 6) Dobrzański i Lenartowski: Pol. Gaz. Lek. Nr. 25. 1925. — 7) E. Mayer: Monatschr. f. Ohren und Laryngo-Rhin. — 8) K. Peter: Handbuch der Hals-Nasen- Ohrenheilkunde. Denker-Kahler. T. 1. — 9) H. Braun: Lokalanästhesie. — 10) A. Laskiewicz: P. Przegl. Oto-laryng. T. X. Z. 3—4. — 11) Beckstein: Monatschr. f. Ohren, Laryngo-Rhinologie. Jahrg. 62. — 12) Fritz König: Chir. Operationslehre Bier, Braun, Kümel. B. 1. — 13) Rhese: Monatschr. f. Ohrenheilkunde u. Laryngo-Rhinologie. Jahrg. 64. — 14) H. Lewenfisz: P. Przegl. Oto-laryng. T. X. Z. 1, 2, 3, 4. — 15) Dobrzański: P. Przegl. Oto-laryng. T. V. Z. 3—4. — 16) Brüg-man: Handbuch der Hals- Nasen- Ohrenheilkunde. Denker-Kahler. T. I. — 17) Benjamins u. Huizinga: Monatschr. f. Ohren Laryngo-Rhin. Jahrg. 64. — 18) Svante-Svenson: Monats. f. Ohren Laryngo-Rhin. Jahrg. 65. — 19) Hajek: Handbuch der Hals- Nasen- Ohrenheilkunde. Denker-Kahler. T. II. — 20) M. Paunz: Monts. f. Ohren-Laryngo-Rhin. — 21) Benjamins-Huizinga: Monatschrift f. Ohren-Laryngo-Rhin. Jahrg. 65. — 22) Wąsowski: Monats. f. Ohren-Laryngo-Rhin. Jahrg. 67. — 23) Kindler: Die Rhinogene Meningitis. Passov-Schaefer Beitrage. B. 2. — 24) E. Bachstez: Monatschr. f. Ohren-Laryngo-Rhin. Jahrg. 66. — 25) W. Krainz: Monats. f. Ohren-Laryngo-Rhin. Jahrg. 64. — 26) M. Hall: Monats. w. Ohren-Laryngo-Rhin. Jahrg. 64. — 27) K. Menzel: Monats. f. Ohren-Laryngo-Rhin. Jahrg. 64. — 28) E. Matis: Zeitschr. f. Hals-Nasen und Ohrenheilkunde. H. 5. 1932. — 29) Denker: Handbuch der Hals- Nasen und Ohrenheilkunde. Denker-Kahler. T. V. — 30) Dobrzański-Grabowski: P. Przegl. Oto-laryng. T. VIII. Z. 3—4. — 31) A. Seiffert: Monatschr. f. Ohren-Laryngo-Rhin. — 32) Hajek: Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. — 33) Th. Nuhsman: Handbuch der Hals- Nasen- Ohrenheilkunde. Bd. II. — 34) Moure: Technique Chirurgicale Oto-rhino-laryngol. F. II. — 35) Laskiewicz: P. Przegl. Oto-laryng. T. XI. Z. 2—3. — 36) J. Iwaszkiewicz: Pol. Przegl. Oto-Laryng. T. XI. Z. 2—3. — 37) R. Martin: Lehrbuch der Antropologie. Bd. II. Str. 894—971, 1928. — 38) Szmurło: P. Przegl. Oto-laryng. T. IV. Z. 4. — 39) Tenże: Choroby nosa i jamy nosowo-gardłowej. Str. 208—241. — 40) Wąsowski: Wiedza Lekarska. 1933. — 41) Toshizo-Daito-Poly: Arch. f. Ohren-Nasen u. Kehlkopfheilkunde. B. 139. H. 3.

---

## SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. St. KARASIŃSKI. Kraków.

### Wrażenia z pobytu w Morszynie przedstawicieli Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego [1]).

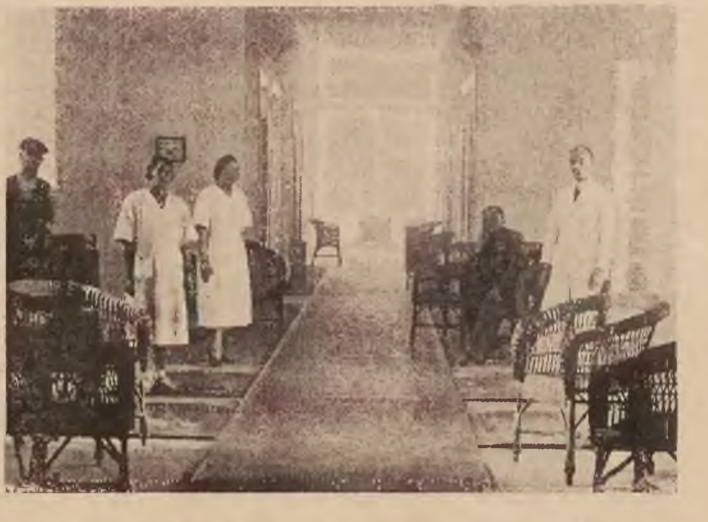
Z końcem czerwca 1935 r. odbyło się w Morszynie Walne Zgromadzenie Delegatów Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie, w którem z Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego wzięła udział Delegacja pod przewodnictwem prezesa, Doc. Dr. J. Szymanowicza, w następującym składzie: Dr. A. Ackerman, Dr. St. Karasiński, Dyr. Dr. J. Landau, Pułk.-lek. Dr. A. Maciąg, Dyr. Dr. W. Stryjeński, Dyr. Dr. J. Topolnicki i Prof. Dr. M. Zieliński.

Na Zgromadzeniu tem dokonano przedewszystkiem zmiany statutu Tow. Lekarzy Polskich, równającej się niemal jego reorganizacji; zmiana statutu podyktowana była bowiem nietylko wymaganiami nowej ustawy o stowarzyszeniach, ale i potrzeba dostosowania się do zmienionych znacznie warunków działalności tegoż Towarzystwa, będącego, jak wiadomo, towarzystwem macierzystem dla obu Towarzystw Lekarskich w Krakowie i Lwowie.

Przedmiotem dalszych obrad były głównie sprawy dotyczące Morszyna-Zdroju, który jest własnością Tow. Lekarzy Polskich we Lwowie. Sprawozdanie z prac dokonanych przez Radę Zawiadowczą w Morszynie w r. 1934 ogłoszono drukiem w Pol. Gazecie Lekarskiej. Ze sprawozdania tego zasługuje na podkreślenie, że wartość zdrojowiska nieustannie wzrasta, przekroczyła ona bowiem znacznie kwotę 4 miljonów złotych, a Morszyn znajduje się na drodze do świetnego rozwoju; inwestycje dokonane w roku 1934 przekroczyły kwotę 280.000 złotych. Dokonano ich częścią z dochodów własnych zdrojowiska, częścią zaś z długoterminowej pożyczki Banku Gospodarstwa Krajowego, stopniowo tylko i bardzo oszczędnie i ostrożnie realizowanej. Niezależnie od tych wkładów, które w przyszłości zapewnią fundacji morszyńskiej trwałe i znaczne dochody, już teraz świadczenia Towarzystwa na rzecz wdów i sierót po członkach Tow. wynoszą około 17.000 zł. rocznie.

Niesposób jest wymienić w krótkiem sprawozdaniu wszystkich inwestycyj, przeprowadzonych w Morszynie przez Radę Zawiadowczą po objęciu przed 3 laty bezpośredniego zarządu zdrojowiska. Do ważniejszych należą: remont szybu solankowego „Bonifacy" i innych budynków zakładowych, ukończenie budowy nowoczesnych łazienek solankowych i borowinowych, urządzenie zakładu wodoleczniczego i wziewalń, budowa wodociągu na wodę słodką i kanalizacji na terenie zakładu, dalej budowa elektrowni centralnej i kotłowni.

O rekordowem tempie pracy świadczy jeszcze i to, że w ciągu minionego sezonu ukończono w stanie surowym budowę Domu Zdrojowego, imponującego rozmiarami i celowością planu. Muszę zaznaczyć, że dopiero w czerwcu 1935 r. na Walnem Zgromadzeniu w Morszynie budowę tę ostatecznie (po powtórnej uchwale) postanowiono, toteż wykonanie jej tak szybkie, o czem ostatnio otrzymaliśmy wiadomość, stało się dla nas prawdziwą i nadzwyczaj miłą niespodzianką. Dom Zdrojowy będzie oczywiście ośrodkiem życia towarzysko-kulturalnego i uprzyjemni kuracjuszom pobyt w zdrojowisku; poza hotelem mieścić się w nim bowiem będą sale restauracyjne, kawiarnia, salony klubowe, czytelnia oraz muzeum morszyńskie. Z chwilą otwarcia Domu Zdrojowego można będzie również na większą skalę myśleć o prowadzeniu sezonu zimowego, gdyż na miejscu, w Domu Zdrojowym, będą także łazienki solankowe i hydroterapja.



*Fragment z korytarza nowych łazienek.*

Na ukończeniu są już także plany urbanizacyjne Morszyna, w związku z czem wstrzymano na 2 lata budowę prywatnych domów i will, aby zapobiec „dzikiej" rozbudowie, do czego ujawniała się tendencja; wstrzymanie budownictwa prywatnego trwać będzie jeszcze rok jeden. Przygotowuje się budowę centralnego wodociągu dla całej miejscowości (przy zapewnionym udziale w kosztach władz rządowych), dalej instalację opalania gazem ziemnym, postanowiona została budowa poczty, czyni się starania o rozszerzenie dworca kolejowego, zbyt małego na potrzeby komunikacyjne Morszyna, przewidywane jest w przyszłości urządzenie kąpieliska z odpowiedniemi plażami. Łagodny klimat podgórski, wspaniały park i okolica lesista, są znakomitem dopełnieniem warunków leczniczych tego jedynego w Polsce zdroju wód gorzkich.

O rosnącej popularności Morszyna świadczy dobitnie liczba kuracjuszów. W latach 1931 i 1932 nie przekraczała ona 1.700 osób, w 1933 i 1934 przybyło do Morszyna ponad 3.000 osób, zaś w roku 1935 przebywało na leczeniu około 4.500 osób. Liczby wydanych kąpieli i innych zabiegów obracają się w dziesiątkach tysięcy, dochód ze sprzedaży przetworów, których produkcja odbywa się pod kontrolą Instytutu Farmakologji Dośw. U. J. K. (Dyr. Prof. Dr. W. Koskowski), wzrósł od r. 1932 przeszło dwukrotnie, opłaca się również dobrze gospodarka folwarczna i leśna.

Kierownictwo zakładu zdrojowego spoczywa w energicznych rękach Dyr. Dr. K. Lipskiego.

Widoki dalszego rozwoju Morszyna na przyszłość są bardzo pomyślne, gdyż wiercenia próbne i badania geologiczne wykazały w Morszynie-Zdroju nadspodziewanie duże pokłady soli glauberskiej i gorzkiej. Jako jedyne zdrojowisko, będące nietylko włas-

---

[1]) Sprawozdanie (z pokazem przeźroczy) wygłoszone na posiedzeniu Krak. Tow. Lekarskiego w dniu 4. XII. 1935.

nością organizacji lekarskiej, ale i bezpośrednio przez nią kierowane, stanie się Morszyn niewątpliwie przykładem racjonalnych urządzeń i celowej gospodarki. Jeśli się weźmie pod uwagę, że dochody z fundacji Morszyńskiej przeznaczone są na pomoc materjalną dla wdów i sierót po lekarzach oraz dla lekarzy niezdolnych do pracy, a pozostających bez środków do życia, to nie ulega wątpliwości, że należenie to Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie daje członkom zwyczajnym i pozostałym po nich rodzinom przywilej bardzo cenny, zwłaszcza w obecnych czasach potęgującej się pauperyzacji stanu lekarskiego. Płynie z tych rozważań wniosek, aby konsekwentnie popierać zbiorowo swe własne uzdrowisko i propagować również jaknajszerzej stosowanie w praktyce lekarskiej przetworów morszyńskich.

Zdaję sobie sprawę z tego, że wszelkie opisy nie zastąpią zobaczenia na własne oczy tego, co się w Morszynie dzieje. Wszyscy Delegaci krakowscy, zwłaszcza ci, którzy byli w Morszynie po raz pierwszy, nie mieli dość słów podziwu dla tego, co tam zastali. Pragnąłbym zatem zachęcić członków Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego do zwiedzenia Morszyna przy najbliższej sposobności.

Zanim to jednak nastąpi, czuję się w obowiązku odslonić tajemnicę tego wyjątkowego powodzenia i tego niespożytego tempa pracy, jakie w Morszynie widzieliśmy. Szybki rozwój tego zdrojowiska jest zasługą pełnej inicjatywy, rozumnej i celowej gospodarki Rady Zawiadowczej Tow. Lekarzy Polskich we Lwowie. Uświadomić to sobie musi każdy, kto się z rezultatami tej pracy zapoznał na miejscu.

Toteż w uznaniu trudów, ponoszonych przez Radę Zawiadowczą od szeregu lat i nadzwyczajnych wyników w działaniu dla dobra Towarzystwa, pozwalam sobie zakończyć niniejsze sprawozdanie wnioskiem następującym:

*„Krakowskie Towarzystwo Lekarskie wyraża Radzie Zawiadowczej Tow. Lekarzy Polskich we Lwowie gorące uznanie za pełną inicjatywy i poświęcenia pracę, zwłaszcza zaś za działalność nad rozwojem Morszyna, dzięki czemu będzie można w przyszłości rozszerzyć wydatnie akcję pomocy materjalnej dla członków Towarzystwa oraz wdów i sierot po nich.*

*Szczególniejsze słowa uznania i podzięki zwraca Krakowskie Towarzystwo Lekarskie dla niestrudzonego prezesa Tow. Lekarzy Polskich we Lwowie Prof. Dr. Romana R e n c k i e g o".*

(Wniosek niniejszy został uchwalony przez aklamację).

---

## XV Międzynarodowy Kongres Fizjologów w Leningradzie i Moskwie.

Dokończenie.

W wolnych chwilach zwiedzamy Leningrad.

Leningrad jest miastem i pięknem i brzydkiem. Posiada perspektywy miejskie chyba jedne z najpiękniejszych na świecie, posiada równocześnie jednak ohydne zaułki bez chodników, o okropnych jezdniach, otoczone obrzydliwemi — na kolor żółty lub czerwony pomalowanemi — fasadami, w koszarowym, bezbarwnym stylu budowanych, ogromnych kamienic. Zwiedzamy muzea, galerje obrazów, „parki kultury", stadjony sportowe, plażę. Wszędzie uderza nas szalony ruch. Przed muzeami ogonki.

Znakomicie urządzone muzeum sztuki rosyjskiej. Ze starych desek patrzą na nas tajemnicze oczy madonn bizantyńskich. Tam znów carowie czasami wiernopoddańczego, czasami zaś buntowniczego Ilji Riepina.

Oprowadza nas licho odziany, starszy proletarjusz. Objaśnienia jego są krótkie, proste, rzeczowe. Pod koniec prosi nas o wypowiedzenie opinji o sztuce rosyjskiej w ogólności. Jest on historykiem sztuki, ze sztuką pozarosyjską zetknął się w czasie swoich długoletnich studjów na zachodzie, zna również i zachodnią półkulę.

Wypowiada się jakiś młody Anglik. Mówi z ogromną pewnością siebie. Sztuki rosyjskiej nie było i niema. Jeszcze cośniecoś możnaby powiedzieć o sztuce bizantyńskiej. Nasz uczony-proletarjusz milczy i spuszcza zawstydzony oczy. Wstydzi się za tego młodego lekarza angielskiego.

Muzeum antyreligijne. Dawniej sobór isakowski. Kolosalna marmurowa budowla. Ze szczytowej latarni kopuły widok wspaniały. Leningrad przecięty Newą i jej dopływami przedstawia obraz Wenecji północnej. Z tejże latarni zwiesza się do wnętrza muzeum wahadło F o u c o l t'a. Znajdujący się w byłej świątyni wieśniacy rozmawiają o niem ze znawstwem. Na ścianach obrazy wyszydzające religię i jej przedstawicieli. Święty trup z Ławry peczerskiej. Obok nieświęta mumja egipska, oraz zmumifikowane zwłoki Eskimosa, krokodyla i psa. Woreczki z nadmanganianem potasowym służącym do wywoływania „cudów". Woreczki takie umieszczali popi pod koszulami świętych trupów. Podczas nabożeństwa skrapiali lud i trupy wodą święconą. Nadmanganian zabarwiał płótno na kolor zbliżony do barwy krwi. Mużyki ryczały zachwycone „cudem". Miedziaki dla „świętych ojców" sypały się.

W muzeum historji religji, dawnej katedrze kazańskiej, słynnej z cudownego obrazu Matki Boskiej tejże nazwy, pokazują nam cudowny obraz Matki Boskiej Częstochowskiej, zabrany jako trofeum wojenne z kościoła jasnogórskiego przez pogromcę Napoleona, generała rosyjskiego Kotuzowa. „Jakto" — powiadam — „przecież cudowny obraz jest w Częstochowie, sam go niedawno oglądałem" Uśmiechają się. Delikatnie przeczą. Nic nie wiem. No ale muszę pogodzić się z tym faktem. Znajduje się na świecie kilka grobów Władysława Warneńczyka, w kilku galerjach pokazują portret Monny Lisy Leonarda da Vinci, czegóż więc nie mogłoby być dwóch cudownych obrazów Matki Boskiej Częstochowskiej?

Skromny kościółek katolicki z grobowcem króla Stanisława Augusta Poniatowskiego.

Słynna na cały świat galerja obrazów Ermitaż. Van Dyck'i, Rembrandt'y, „Amor i Psyche" Canovy.

Skarbiec carski. Kilogramy złota. Drogie kamienie. Skarbów tych pilnują strażnicy zaopatrzeni w olbrzymie „nagany".

Zwiedzamy carskie komnaty w pałacu zimowym.

„Parki kultury" są to miejsca zabawowe rozrzucone na ogromnych obszarach. Karuzele i jazdy amerykańskie poprzeplatane są znakomicie urządzonemi pawilonami, w których pokazują schematy stacyj telefonicznych i innych urządzeń technicznych. W jednym pawilonie demonstrują nagrywanie płyt. Demonstrator objaśnia zebranym obywatelom leningradzkim i nam, że wszelkie ważniejsze mowy, przedstawienia, czy inne słuchowiska publiczne utrwala się na płycie i później nadaje przez radjo. Następnie zaprasza obecnych, by coś powiedzieli do mikrofonu, a głos ich zostanie utrwalony. Do mikrofonu podchodzi jakiś siwy, gruby profesor, Finlandczyk. Mówi po niemiecku, iż to nie jest żadna nowość, że na zachodzie jest to już dawno w użyciu i działa znacznie lepiej, aniżeli w Rosji sowieckiej i że objaśniający nas powinni mieć lepszą wymowę, ot np. taką, jaką on ma. Sekunduje mu jakiś Węgier. Robi się strasznie głupio i nieprzyjemnie. Chcąc załagodzić sytuację podchodzę do mikrofonu i jąkając się mówię, że tu jest bardzo przyjemnie, a oprowadzający nas są bardzo mili.

W innym parku wieża do skoków ze spadochronem. Skok kosztuje rubla. Chcę skakać, ale rubli nie mam, a obcej waluty nie przyjmują. Z żalem odchodzę.

Idę na plażę nad Newę. Płynę. Na plaży i w wodzie rojno. Mężczyźni przeważnie bez kostjumów, kobiety w maleńkich pływkach i staniczkach z siatki o bardzo wielkich oczkach. Na mnie odzianego w pełny strój kąpielowy patrzą wszyscy, jak na człowieka z tamtego stulecia. Zawstydzony szybko opuszczam plażę.

W hotelu kartka z napisem oznajmiającym, że fizjologowie sowieccy wykonują na żądanie członków kongresu w ich obecności wszelkie doświadczenia i operacje fizjologiczne. Podaje się temat żądanej pracy, oni dopisują datę, godzinę i lokal. Nie wiem, jakie państwa stačby na to było. Przypuszczam, że tylko Niemcy. A może i Anglję i Amerykę. A może i to nie.

Oglądamy dom Piotra Wielkiego. Dom ten otoczony jest specjalną czcią. Obudowany jest on dla ochrony drugim domem. Zawiera dwie izby i kuchnię. Największemu carowi nie trzeba było wielu komnat.

Zwiedzam muzeum przyrodnicze. Walczy ono o sławę największego i najlepiej urządzonego na świecie z muzeum londyńskiem.

Oglądam muzeum wojenne, znajdujące się w olbrzymim budynku admiralicji, charakterystycznym przez wysoki, złocony szpic. Wewnątrz znajdują się całe małe łodzie podwodne.

W trzecim dniu naszego pobytu w Leningradzie pokazują nam film z dwóch pierwszych dni kongresu. Poznajemy na ekranie siebie i swoich znajomych. Znowu oklaskujemy P a w ł o w a.

13 sierpnia wieczorem w gmachu teatru aleksandryjskiego koncert zbiorowy, urządzony specjalnie dla nas.

Produkcje na bardzo wysokim poziomie artystycznym. Cudowne balety. Znakomita dekoracja.

Wycieczka do Peterhofu. Jest to miejscowość, siedziba byłych carów położona nad samem morzem w odległości trzydziestukilku kilometrów od Leningradu. Członkowie kongresu zajmują sznur kilkuset aut, które w całem mieście wstrzymują ruch. Nasz widok wywołuje szalony entuzjazm tłumów.

W Peterhofie podziwiamy wspaniały zachód słońca na morzu. Zdala przeciągają wielkie statki. Złocą się w świetle zachodzącego słońca płachty żagli jachtów i żaglówek. W dali majaczą zarysy Kronstadu, największego portu wojennego Z. S. S. R. Stąd w roku 1905 wyruszyła w podróż naokoło Europy, Afryki

i Azji carska flota bałtycka pod dowództwem admirała Rożdestwieńskiego, by po kilku miesiącach podróży znaleźć swój grób na dnie morza w pobliżu wyspy Cuszimy.

W parku pałacu peterhofskiego fontanny, wodotryski. Z głośnym hukiem wystrzelają w niebo różnokolorowe race. Potężne reflektory oświetlają przecudnie figury alegoryczne oblewane strumieniami wody. Tysięczna i pierwsza noc. Bajka. Orkiestra gra marsza komsomołów: „Kto idzie z nami ten bać się nie potrzebuje niczego, ten niech się o przyszłość swą nie kłopocze".

15 sierpnia bankiet wydany na naszą cześć przez władze miasta Leningradu w pałacu w Dziecięcem Siole. Przedtem miejscowość ta nazywała się Carskiem Siołem. Tu najchętniej przebywali carowie.

Urządzenie komnat Mikołaja II drobnomieszczańskie. Raczej brzydkie. Brzydotę tę starają się jeszcze podkreślić oprowadzający. Nad zamkiem gromada szybowców wykonuje ewolucje akrobatyczne. Stoły uginają się. Najpierw wódka. Kawior łyżkami. Potem szampan. Znowu wódka. I szampan. Wódka. Szampan. Słynny Chińczyk Wu (próba Folina - Wu) chodzi po sali kołysząc się bardzo podejrzanie na swoich płytkich stopach. Języki rozwiązują się.

„Powiedzcie mi, jak właściwie jest u was: Źle, czy dobrze?" pytam mojego sąsiada, profesora W., „Wiecie" mówi — „że na to trudno odpowiedzieć. U nas, można rzec, nie jest źle, ale jest ciężko". „Widzicie" — mówi — „u was ludzie dorabiają się pieniędzy, stanowisk... U nas tego niema. Ceni się człowieka według jego użyteczności, zdolności, pracowitości, inicjatywy, a nie według jego zasług, czy wieku. I dlatego czasem jest ludziom ciężko".

16 sierpnia jedziemy do Moskwy. Ten sam granatowy pociąg, ta sama wygoda, ten sam luksus. Noc spędzona w sleepingu. Dworzec kolejowy. Jedziemy długo autami przez raz szerokie europejskie, to znowu ciasne, krzywe ulice stolicy sowieckiego kolosa. Przejeżdżamy przez Czerwony Plac. Z prawej strony Kreml, a pod jego murami czerwone, marmurowe mauzoleum, kryjące w swem wnętrzu tak drogie dla mas proletarjackich zwłoki Lenina.

Most na rzece Moskwie. Piękny hotel „Nowaja Moskowskaja".

Posiłek w restauracji na najwyższem piętrze hotelu. Z okien widok zupełnie niebywały. Bezpośrednio pod nami wstęga znakomicie ujętej rzeki. Na drugim brzegu Kreml, na którego pustym dziedzińcu widać dzwon jakichś niesłychanie wielkich rozmiarów i równie fantastycznie wielką armatę.

Nad miastem unosi się wiele samolotów. Obok niezwykle wielkich wielomotorowców osobowych i bombardujących uwijają się niezwykle szybkie samoloty pościgowe.

Moskwa jest od roku 1918 stolicą Republiki Rosyjskiej i Związku Sowieckiego. Obecnie liczy według jednych źródeł 2,026.000, według innych trzy miljony mieszkańców.

Kreml odpowiada naszemu Wawelowi. Jest to kompleks budynków, pałaców i świątyń otoczony wysokim murem, z którego wyrasta 12 wież. Długość muru wynosi trzy kilometry. Dawnemi czasy Kreml był siedzibą carów, dziś jest siedzibą władz sowieckich. Również mieszkania prywatne wszystkich komisarzy, którzy odpowiadają naszym ministrom, tam się znajdują. Pokazują nam nawet ten budynek mieszkalny. Powiewa na nim czerwona, państwowa flaga.

Godzina 13, posiedzenie plenarne. Profesor U c h t o m s k i z Leningradu wygłasza wykład p. t. „Labilność fizjologiczna i akt hamowania", następnie prof. Lapique z Paryża: „Najnowsze zdobycze w poznaniu mechaniki nerwowych spraw". Następnie sprawy organizacyjne. Propozycja, by na przyszłym kongresie uczestnicy zaznajomili się uprzednio z treścią referatów i by zebrania przeznaczone były wyłącznie do dyskusji nad niemi. Następny XVI Międzynarodowy Kongres Fizjologów ma się odbyć w roku 1938 w Szwajcarji, w Zurychu. P a w ł o w zamyka kongres.

Bankiet w Kremlu. Tysiące świateł. Literaci. Generalicja. Przepych. Na miejscu naczelnem pierwszego stołu siedzi P a w ł o w. Obok M o ł o t o w. Przemawia M o ł o t o w. Mówi długo, a mowa jego rozbrzmiewa w głośnikach umieszczonych we wszystkich salach bankietowych. Mówi o szczególnej ważności fizjologji w jego kraju. Bolszewicy wyrugowali religię, a w panującym u nich systemie materjalistycznym fizjologja stanowi naukę podstawową. „Albo religja" — mówi premjer — „albo czysta fizjologja i psychofizjologja".

Mowy, mowy...

Na estradę wychodzą najlepsi tancerze rosyjscy. Taniec staroświecki, taniec groteskowy, taniec „modern". Rytm. Maska.

Śpiewacy. „Eugenjusz Onjegin", „Ej — uchniem", „Oczy czornyje".

Wdaję się w rozmowę z siedzącym obok mnie wojskowym. Nie znam się na ich rangach, proszę więc, by mnie objaśnił, jaka jest jego ranga. Mówi, żebym zgadywał. Przypuszczam, że mam do czynienia z podoficerem, lecz dla zrobienia mu przyjemności mówię, iż — mojem zdaniem — piastuje on godność podporucznika. Miał on jakiś jeden znaczek. On mówi, że nie jest podporucznikiem. Ja z uśmiechem daję mu rangę majora. I to nie jest zgodne z prawdą. Mój młody towarzysz jest generałem.

Na drugi dzień objazd Moskwy. Widzę po raz pierwszy w życiu drapacze chmur. Dzielnica szpitali i klinik. Pomnik Pirogowa.

Ogromny gmach „Izwiestji". Królestwo Karola Radka.

Mauzoleum Lenina. Dobrze pomyślana kanciasta budowla z czerwonego marmuru kaukaskiego. Wewnątrz chłód. Półmrok. Cisza. Po szerokich, niskich schodach idzie się w dół, wdół. Chłodno. Naraz duża, oświetlona czerwonemi reflektorami sala. Żadnych ozdób. Na środku leży człowiek w bluzie robotniczej. To on. Ilja. Łysa czaszka. Na brodzie i policzkach rzadki, siwiejący zarost.

I znowu Moskwa, ruch, dzwonki, zgiełk miljonowego miasta, zgiełk stolicy największego państwa na świecie. Fantastycznie piękna cerkiew św. Bazylego. Nowoczesne „metro" z marmurowemi holami i ruchomemi schodami.

Popołudniu wielki doroczny pokaz lotniczy. Tysiące aut. Mija nas W o r o s z y ł o w, ubóstwiany przez tłumy wódz armji.

Na błoniach lotniska honorowe miejsce zajmują prócz członków rządu, członkowie obradującego w tym samym czasie kongresu „Kominternu" i naszego, fizjologów.

Już w czasie jazdy samochodem widzimy dziesiątki balonów unoszących się w powietrzu, dźwigających olbrzymie transparenty z hasłami rewolucyjnemi, oraz wizerunki zmarłych i żyjących wodzów.

Obok nas mknie kilka lśniących wozów zaopatrzonych w chorągiewki ze swastyką. To jadą członkowie ambasady niemieckiej. Za chwilę przeganiają nas skośnoocy członkowie poselstwa japońskiego. Potem polskiego.

Przyjeżdżamy na wyznaczone nam stanowisko. Darmowe bufety, napoje chłodzące. Słychać narastający grzmot. To zbliżają się dziesiątki samolotów, by obsypać widzów pękami kwiecia. Nadciągają samoloty rozmaitych typów. W powietrzu ciasno. Tu wystrzelają w ewolucji świecy niesłychanie szybkie, całe metalowe samoloty o pięknym, kroplowym, aerodynamicznym kształcie, tu znów z ponurym basem suną niezwyciężoną ławą kolosy á la „Maksym Gorkij". Za chwilę nadjeżdżają pociągi szybowcowe. Nad lotniskiem szybuje kilkadziesiąt już teraz zwolnionych szybowców. Wykonują niesłychane, grupowe figury akrobacyjne.

Za chwilę stojąca na wysokim poziomie akrobacja samolotów silnikowych.

Zbliżają się powoli trzy śmieszne, kaczkowate „autożyra". Przy niemal pionowym spadzie siadają przed publicznością.

Lecą ponure bombowce. W dużem oddaleniu od nas widać lecące z nich punkciki. Mamy wrażenie, że to ma imitować bomby. Imitować? — Cóżto się dzieje? Przed nami w miejscu upadku bomb, na ogromnej przestrzeni zaczyna podnosić się jakoś dziwnie powoli ziemia. Zasłania cały horyzont. Po długiej chwili, okropny, wściekły huk. Mamy przedsmak wojny.

Zakończenie stanowią skoki ze spadochronami, w których tak celują nasi wschodni sąsiedzi.

Najpierw zrzucają w specjalnych, otwierających się przy uderzeniu o ziemię pudłach psy. Z głośnem, radosnem ujadaniem rozbiegają się one po lotnisku.

Jakieś samoloty szybują ogromnie wysoko. Pełne napięcia oczekiwanie. Samoloty znikają w chmurach. Naraz z tych chmur wypadają jakieś punkciki. — „Paraszotysty, paraszotysty" — wołają ludzie. W niewielkiej odległości od ziemi spadochrony otwierają się. Słychać głośne westchnienie ulgi. Jakiś stojący obok mnie stary profesor armeński szepce mi w ucho z jakąś szaloną emfazą i entuzjazmem: „Nasi spadochroniarze, nasi..."

Nakoniec skoki masowe. Skacze odrazu 150 skoczków, w tej liczbie 50 kobiet. Wysypują się, jak gruszki z worka z sześciu olbrzymich samolotów. Z każdego samolotu wyskakuje 25 osób. Widok zgoła fantastyczny. Wykwita w powietrzu 300 kolorowych spadochronów, nie, nie 300, niestety tylko 298. Jednemu lotnikowi, czy lotniczce spadochrony nie otworzyły się. Ginie. — Nic to! W dniu dzisiejszym urodziło się na terenie Związku Sowieckiego tysiące nowych, przyszłych „paraszotystów". Cóż znaczy strata jednego.

Zwijają spadochrony, ładują w plecaki, formują się, ze śpiewem opuszczają lotnisko.

Nad publicznością przelatują trzy sterowce. Potwornej wielkości cygara suną wolno, majestatycznie.

Widowisko skończone. Wracamy.

Po drodze widzimy barwne grupki ludzi, przybranych w stroje rosyjskie, pląsających w takt, chwilami ochoczej, chwilami smętnej znów muzyki. Grube baby stawiają komiczne, drobniutkie kroczki. Słychać okrzyki radości: „Wasja! Bratja! Jej Bohu!".

„Jej Bohu, jej Bohu", a mój pociąg do Kijowa odchodzi za pół godziny. A tu gościniec zapchany, a bagaże jeszcze w hotelu. Wreszcie jestem w hotelu. Moje bagaże już w „Lincolnie". Wściekła jazda na dworzec. Pociąg już rusza. Wrzucają moją walizę. Wskakuję.

Znajduję swoje miejsce. Jadę z docentem chemji fizjologicznej z Peczu na Węgrzech, przemiłym Węgrem, dr. Ernstem.

Nocleg w sleepingu.

Wieczorem dnia następnego przejeżdżamy przez rzekę Dniepr, jedną z największych w Europie, równo dwa razy dłuższą od naszej Wisły i jesteśmy już w Kijowie.

W Kijowie dają mi pomieszczenie w luksusowym hotelu „Kontinental", jedynym w tem mieście hotelu dla „Inturistów".

Przy kolacji zapoznaję się z panem Piotrem Kurnickim, wicekonsulem Rzeczypospolitej Polskiej.

Na drugi dzień rano konsul zaprasza mnie na wycieczkę automobilową.

Konsul obwozi mnie po całym Kijowie. Pokazuje mi górne miasto i dolne, zamieszkałe przeważnie przez Żydów, zwane „Padołem". To dawne Ghetto. Zresztą Żydzi sowieccy wyglądają teraz zupełnie inaczej. Niema teraz mowy o czapeczkach litwackich, o chałatach, o pejsach i o rozpadających się domach.

Objeżdżamy wokół „Złotą bramę" przedstawiającą się obecnie jako dwa, równolegle względem siebie stojące niewielkie murki, Ławrę peczerską z XI wieku, katedrę sofijską, słynną z posiadania najpiękniejszych mozaik również z tego stulecia, pomnik Bohdana Chmielnickiego stojący na pryncypalnym placu.

Nakoniec po jakichś fantastycznych wertepach wiezie mnie konsul daleko poza miasto. Wiezie mnie na mały polski cmentarzyk. Spoczywają tu szczątki Polaków poległych w walkach pod Kijowem w roku 1920.

Wracamy długiemi pięknemi alejami topoli włoskich, tego tak rozpowszechnionego drzewa na całej Ukrainie.

W Kijowie zwiedzam jeszcze dokładnie Ławrę i Sobór sofijski.

Idę też do sądu na rozprawy.

Wracam do Polski. Rewizja. Zdołbunów. Polska.

*Zdzisław Bieliński* (Lwów).

---

## BIBLJOGRAFJA.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.
### Piśmiennictwo polskie.

*Nowiny Lekarskie*. Z. 1. 1936. Hirszfeld L.: O określaniu odporności w chorobach cywilizacyjnych, specjalnie w błonicy. — Mayer K.: O najczęstszej przyczynie nawrotów raka po naświetlaniach współczesnych. — Pągowska J.: Spostrzeżenia kliniczne nad pandigalem. — Schusterówna H.: Nabłoniak nerwowy przysadki mózgowej. — Wawrzyniak St.: Marskość wątroby na podstawie materjału Szpitala Nr. 3 Ubezp. Społ. w Poznaniu za czas od 1932 do 1935 r. — Puzyrewicz A.: Wysokie kleszcze na podstawie materjału Kliniki Poznańskiej z lat 1923—1934.

*Gazeta Lekarska Śląska Polskiego*. Z. 1. 1936. Kubisz J.: Dzieje Śląskiego Szpitala w Cieszynie. — Bincer W.: Próby leczenia ropni płuc solami złota. — Rykała P.: Przyczynek do obrazu rentgenologicznego wtórnych zmian zapalnych opłucnopłucnych, wywołanych przez choroby jamy brzusznej. — Garbień A.: Operacja plastyczna powłok brzusznych jako jednoczasowe uzupełnienie niektórych operacyj ginekologicznych. — Garbień A.: Zbliznowacenie ujścia wewnętrznego macicy z następowem zarośnięciem po wyłyżeczkowaniach macicy. — Mackowski A.: O pneumokokowem zapaleniu otrzewnej. — Mackowski A.: Ropnie wątroby jako powikłanie zapalenia wyrostka robaczkowego. — Misiaczek R.: O leczeniu gruźlicy płuc solami złota. — Penecke R.: Dwa przypadki zejścia śmiertelnego spowodu żółtaczki zakaźnej (Morbus Weil) z krwawieniami płucnemi. — Zigmund J.: O znieczuleniu krzyżowem. — Kossowski T.: Przypadek agranulocytozy u chłopca 7-letniego z pomyślnym przebiegiem.

*Przegląd Trachomatologji i Okulistyki Społecznej*. Nr. 4. 1935. Szymanowski K.: Kilka słów o oddziale dla słabowidzących przy Zakładzie dla Ociemniałych w Bydgoszczy. — Rostkowski L.: W sprawie statystyki jaglicy.

*Młoda Matka*. Nr. 2. 1936.

*Medycyna*. Nr. 1. 1936. Bernhardt R.: Wskazania i przeciwwskazania leczenia przymiotu arsenobenzolami. — Węgierko J.: Leczenie dychawicy oskrzelowej wstrząsami insulinowemi. — Dąbrowski K. i Stopczyk J.: Wartość rozpoznawcza laparoskopji w schorzeniach wątroby. — Gross L.: Wrota zakażenia i problem odporności w chorobie raka.

*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*. Nr. 3. 1936. Biro M.: Urazy kręgosłupa a zaburzenia w układzie nerwowym. — Kraszewski W. i Zakrzewski Z.: Badania związku istniejącego między krzepnięciem krwi a wchłanianiem niektórych zawiesin koloidalnych przez komórki aparatu siateczkowo-śródbłonkowego. — Szyfman L. i Wajnsztok J.: Przyczynek do rozpoznawania schorzeń trzustki. — Glass B.: Jedno ze wskazań do wczesnego wykonania operacji Jacobaeusa. — Boguszewska M.: Niebezpieczeństwo przewlekłego działania tlenku węgla (dok.).

*Medycyna Praktyczna*. Z. 12. 1935. Szuniewicz: Działalność misyjno-lekarska w Shuntehfu, Chiny. — Domaszewicz J.: O leczeniu elektrycznością. — Polewski S.: Przypadek raka wyrostka robaczkowego.

*Wiadomości Farmaceutyczne*. Nr. 3. 1936.

*Trzeźwość*. Nr. 11—12. 1935.

*Klinika Współczesna*. Nr. 12. 1935. Miesięcznik referatowy.

---

## OCENY.

*Aide memoire — Agricole et Viticole. (Agenda Rolnictwa i Uprawy Wina)*. G. WERY. Paris 1936. J. B. Baillière et Fils.

Ten rodzaj kalendarza zawiera nietylko dla hodowcy i rolnika cenne uwagi ale zawiera dużo ogólnie interesujących wiadomości z dziedziny pasorzytnictwa, odżywienia, higjeny i mleczarstwa. Wiadomości zebrane w siedemnastu rozdziałach przedstawione są bardzo przejrzyście i poparte doskonałemi zestawieniami zarówno ze statystyki jak i z dzieł specjalnych.

Kalendarz ten o 288 stronnicach przydać się może każdemu, który fizjologią odżywienia lub choćby uprawą kwiatów się zajmuje i jest dla każdego przyrodnika zbiorem cennych wiadomości.

*W. Moraczewski* (Lwów).

*Sen i jego zaburzenia*. J. MACKIEWICZ. Warszawa, Eskulap 1935 r.

Monografja ta, przeznaczona dla lekarzy-praktyków, spełnia dwojakie zadanie: poucza o tem, co jest rzeczą najważniejszą dla zrozumienia zagadnień snu, oraz wskazuje drogę leczenia stanów patologicznych. Autor w sposób jasny i przystępny zestawił dla czytelnika dane z fizjologji, przechodząc potem do omawiania spostrzeżeń z zakresu biologji doświadczalnej. Pozwala nam zajrzeć do warsztatów wielkich fizjologów, jak Pawłowa i jego uczniów. Podkreśla i tłómaczy w sposób zajmujący ścisły związek i powinowactwo pomiędzy snem a stanami drgawkowemi, co ma nietylko znaczenie teoretyczne dla zrozumienia mechanizmu powstawania tych stanów, ale również praktyczne w leczeniu.

Omawiając warunki powstawania snu fizjologicznego oraz sztucznego, autor zwraca uwagę na t. zw. przez niego „objaw młynarza", czyli na fakt, że w pewnych warunkach sen powstaje podczas pewnych, czasem dość silnych szmerów (nawiązując do znanego opowiadania o młynarzu, który potrafił spać tylko przy szmerach pracującego młyna, — a obudził się natychmiast, kiedy młyn się zatrzymał).

Po zatrzymaniu się nad teorjami snu i doświadczalną bezsennością autor przechodzi do zagadnień patologji snu. Wiadomości nasze w tym zakresie opierają się głównie na teorjach i na badaniach Economo, wielkiego psychjatry i histologa układu nerwowego. Według niego ośrodki „zasypiania" i „czuwania" mają regulować sen i czuwanie.

Ważnem jest krótkie zestawienie stanów zbliżonych do snu a więc zapalenia mózgu *(encephalitis lethargica)*, śpiączki cukrzycowej i mocznicowej i t. d.

Praca jest zakończona treściwym opisem środków nasennych.

*Dr. Obständer* (Bielsko).

*Para-chirurgie*. DARTIGUES. Wyd. Gaston Doin et Cie.

Przekonanie, że chirurdzy, pochłonięci wyczerpującą pracą zawodową, nie są skłonni do pracy piśmienniczej niezawsze się sprawdza.

Do wyjątków np. należy wybitny chirurg paryski Dartiques, który od r. 1922 ogłaszał w prasie mniej specjalnej *(Le Concours Médical, La Vie Médicale, Aesculape* i innych) swoje spostrzeżenia

i myśli, zdobycz wieloletniej pracy zawodowej. Prace te w postaci dużego tomu o 471 str. wydał G. Doin w roku 1931. Przedmowę, pełną uznania i zachwytu napisał głośny prof. J. L. Faure.

Istotnie, Dartiques jest wzorem lekarza-chirurga optymisty, który poznał i opanował arkana swej sztuki, rozumie i ceni jej wartości dla społeczeństwa, przeżył okropności wojny i sięga umysłem w przyszłość.

Różnorodność tematów nie da się omówić w krótkiej ocenie, ale już same tytuły rozdziałów budzą zaciekawienie.

Fizyka i psychologja chirurgiczna: mowa tu o stylu operacyjnym, zręczności i szybkości operatorów, o chirurgji bez pomocników — znamienny rys szkoły francuskiej. Dalej, psychika chirurgiczna i rozważanie, czy chirurgja jest sztuką czy nauką. Etyka chirurgiczna, gdzie jest mowa o energji operacyjnej, zajmujące i cenne są przeżycia „chirurga operowanego".

Estetyka chirurgiczna: chirurgja współczesna winna dbać o wynik estetyczny; walka o prawo dla operacyj, mających na celu usuwanie szpetoty.

Dalej, szkic ewolucyjny nauki o bólu chirurgicznym, skutki psychiczne i praktyczne postępu znieczulania w chirurgji, ideał — chirurgja bez bólu.

Kierunki chirurgij: chirurgja biologiczna, dążność do oszczędzania i odbudowania, chirurgja anatomo-patologiczna, wyzyskanie tkanek bezpośrednio po śmierci osobnika, chirurgja gruczołów dokrewnych, odmładzanie zapomocą przeszczepień.

Czy chirurgja doszła już do szczytu?

Zniszczenie wojenne: groza okazów w Muzeum Wojny w szpitalu *Val-de-Grace*, przyszłość chirurgji, jej nieśmiertelność.

Chirurg, który przemyślał tyle ważnych spraw swego zawodu i w bogatej mowie obrazowej musiał je podać, chlubnie świadczy o kulturze lekarskiej kraju. Ujemną stronę dzieła stanowi jedynie jego rozwlekłość; powstała ona stąd, że książka nie została napisana planowo, lecz jest zbiorem artykułów w różnych latach pisanych.

*K. Łokczewski* (Częstochowa).

---

## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

### Biologja.

*Deuterium jako wskaźnik w badaniu przyswajania tłuszczów.* R. SCHOENHEIMER i D. RITTENBERG. Jour. of biolog. Chem. Vol. 111. Nr. 1. p. 163—192. 1935.

W czterech po sobie następujących artykułach autorowie omawiają sposoby wprowadzenia deuterium w cząsteczkę kwasów tłuszczowych i cholesteryny (nasycenie wodorem w obecności czerni paladynowej) w celu rozpoznania tłuszczów użytych do karmienia zwierząt. Myszy karmione tłuszczem zawierającym deuterium miały złożone w zapasowych tłuszczach skarmiane deuterium i poczęści zawierały podobne tłuszcze w tkankach. Autorowie sądzą, że wszelki tłuszcz skarmiany przechodzi tą drogą, to jest naprzód składany bywa w zapasach, a potem przechodzi do tkanek. W dalszym ciągu autorowie używali tej samej metody, żeby poznać z czego tworzy się koprosteryna. Cholesteron bowiem zmienia się w cholesterynę — a skarmiany z mięsem w koprosterynę. Okazało się, że deutoryzowany cholesteron (utleniona cholesteryna) przechodzi w koprosterynę.

*W. Moraczewski* (Lwów).

### Mikrobiologja i serologja.

*Badania wywoływaczy, wiążących dopełniacz, u prątka gruźliczego.* M. A. MASCHEBOEUF, G. LÉVY i M. FAURE. Annales de l'Inst. Pasteur. T. 55. 1935.

Autorowie postawili sobie za zadanie jaknajdokładniejsze oczyszczenie chemiczne czynników, wiążących dopełniacz w prątkach gruźliczych, t. j. dających dodatni wynik próby Bordet-Gengou z surowicą gruźliczą. Materjałem wyjściowym były hodowle prątków gruźlicy, zabite przez ogrzanie (3.5 kg wilgotnej substancji!) które pozostały po mechanicznem wyciśnięciu płynu pożywki (tuberkuliny). Materjał ten został poddany kilkakrotnemu oczyszczaniu przez aceton (uwolnienie od nieczynnych lipoidów, barwików i t. p.). Następnie sporządzono wyciąg w alkoholu etylowym wrzącym, ciała wyciągnięte oczyszczano w dalszym ciągu alkoholem etylowym, eterem i chloroformem. W ten sposób uzyskano 14 g bardzo czynnej wywoławczo substancji oczyszczonej od ciał nieczynnych, której dalsza analiza polegała na różnym stopniu rozpuszczalności składników w ogrzanym i oziębionym alkoholu metylowym jakoteż i w mieszaninie alkoholu metylowego i chloroformu.

Ostateczne wyniki tych szczegółowych badań są następujące: 1) Związki fosforo-amino-lipoidowe są nieczynne jako wywoływacze. 2) Substancje czynne, wiążące dopełniacz, nie zawierają azotu, zmniejszanie się ilości azotu w preparacie badanym nie zmniejszało siły antygenowej. 3) Substancje czynne nie są wielocukrami a nawet nie dają żadnego cukru po hydrolizie. 4) Nie są pochodnemi sterolu. 5) Ciała te, wiążąc dopełniacz, nie mają jednak zdolności precypitacyjnych. 6) Substancje te są haptenami i nie mają zdolności uodparniania. 7) Czynność wywoławcza nie jest właściwością różnych grup lipoidowych, lecz tylko jednej grupy, a być może, jednego tylko związku chemicznego. 8) Substancja czynna jest roztworem koloidalnym, łatwo ulegającym zniszczeniu przez kwasy i zasady, najlepiej utrzymuje się w słabym roztworze kwaśnym. Do wody z innych rozpuszczalników przechodzi bardzo łatwo (stąd w oczyszczaniu jej autorzy unikali działania wody). 9) Wszystkie nawet najdokładniej oczyszczone frakcje substancji czynnej zawierają dużo fosforu, autorzy przypuszczają zatem, że fosfór wchodzi w skład tej substancji.

*St. Legeżyński* (Lwów).

*Nowe problemy epidemjologiczne żółtej gorączki.* YVES BIRAND. Rapp. épid. de la Section d'Hygiène. Soc. de Nations. 7—9. 1935.

Zamiast dotychczasowych dość krótkich epidemjologicznych omówień poszczególnych chorób zakaźnych, podaje ostatni Przegląd Epidemjologiczny Ligi Narodów całą monografję o żółtej gorączce, opartej na wielkiem, najnowszem piśmiennictwie tego przedmiotu i w przeciwieństwie do artykułów dotychczasowych, podpisaną przez autora. Praca ta omawia szczegółowo dzisiejszy stan nauki o żółtej gorączce i międzynarodową organizację walki z tą zarazą, zreferuję tu jedynie sprawy ogólnego znaczenia, nie wchodząc w szczegóły, ważne dla lekarzy krajów podzwrotnikowych.

Żółta gorączka okazuje obecnie znacznie mniejsze nasilenie endemiczno-sporadyczne, aniżeli w wieku ubiegłym. Teren jej pojawiania się to północna i wschodnia część Ameryki Południowej tudzież zachodnie wybrzeże Afryki, ograniczone na północy 15° szerok. geogr. półn., na południu 5° szerok. geogr. połud. wreszcie na wschodzie linją Nilu i wielkich jezior. Ostatnią większą epidemją była epidemja brazylijska w Rio de Janeiro w 1929 roku; jako wyraz walki prowadzonej z komarem roznosicielem *(Aëdes aegypti)*, ilość zachorowań w Ameryce zmniejsza się stale.

Liczne badania nad zarazkiem żółtej gorączki stwierdziły, że ten zarazek przesączalny w swoich własnościach fizykalnych nie różni się od innych zarazków przesączalnych.

Ważną zdobyczą są wyniki pracy Theilera, który wykazał możność przeniesienia zakażenia na białą myszkę (już przedtem wykazano wrażliwość małpy *Macacus rhesus)* i uzyskał po szeregu pasaży w mózgu myszki szczep t. zw. neurotropowy, powodujący zapalenie mózgu u myszki (różny od szczepu normalnego żółtej gorączki, t. zw. wiscerotropowego).

Badania nad odpornością przeciw żółtej gorączce wykazały, iż ciała odpornościowe powstające na skutek przebycia zakażenia dadzą się wykazać wiązaniem dopełniacza (znikają szybko po przebyciu choroby) a znacznie pewniej i trwalej t. zw. odczynem ochronnym *(protection test)*. Polega on na tem, że myszka biała (lub małpa) zostaje ochronioną przed skutkami zastrzyknięcia śmiertelnej dawki jadu neurotropowego przez równoczesne wstrzyknięcie surowicy człowieka, który przeszedł żółtą gorączkę. Badania te (technika ich była kilkakrotnie zmienianą) wykazały, że człowiek który nawet w dzieciństwie przeszedł żółtą gorączkę, na całe życie posiada w krwi ciała ochronne. Ten odczyn ochronny, wykonywany na wielką skalę w krajach nawiedzanych żółtą gorączką, pozwala przez przeszczepienie surowicy ludzkiej na zwierzęta na odtworzenie zasięgu i nasilenia dawnych epidemij tej choroby. Prócz tego występuje on dodatnio także i u ludzi szczepionych przeciw żółtej gorączce.

W ostatnich latach badano też dokładniej drogi szerzenia się tej zarazy. Stwierdzono, że rezerwuar zarazków tworzy nietylko człowiek chory (choroba przebiega często zupełnie nietypowo nawet w epidemicznem nasileniu) ale również wrażliwym na zakażenie jest szereg gatunków małp, pozatem różne gryzonie jak jeż, świnka morska, myszy i wiewiórka. Roznosicielami zarazków przez ukąszenie i wessanie krwi są przedewszystkiem oddawna znane komary *(Aëdes aegypti* syn. *Stegomyia fasciata)* ale obok nich i inne gatunki komarów spełniać mogą rolę roznosicieli. Pozatem są w toku badania roli roznosicielskiej much kąsających, pluskiew, pcheł i kleszczy.

Realne możliwości szerzenia się żółtej gorączki istnieją tam, gdzie rozpowszechnienie komarów jest dość wielkie, gdzie klimat nie wykazuje silnych obniżeń ciepłoty, hamujących rozmnażanie się komarów, a więc istotnie wszystkie kraje podzwrotnikowe.

Wielki dziś ruch lotniczy, przechodzący przez zakażone okolice Ameryki i Afryki i pozwalający na bardzo szybkie (w granicach kilku dni) przeniesienie zakażonego człowieka lub też komarów np. do Indyj wzbudził wielkie obawy co do możliwości dalszego szerzenia się żółtej gorączki na terenach, dotychczas przez nią nienawiedzanych i zmusił do stosowania szeregu zarządzeń ochronnych.

Walka z żółtą goraczką polega dzisiaj na:

1. Tępieniu komarów przez osuszanie bagnisk i wód niepewnych, a zaopatrywanie osiedli ludzkich w dobrą, higjenicznie ujętą wodę. Tępienie komarów wykonywane jest obecnie obowiązkowo we wszystkich aparatach lotniczych, kursujących na terenach zagrożonych (rozpylanie proszku na owady *(Pyrethrum)*, rozpuszczonego w benzynie).

2. Odosabnianie chorych, podejrzanych, odpowiednia budowa osiedli dla białych w oddaleniu od osad ludności tubylczej.

3. Jaknajszybsze wykrywanie pierwszych przypadków zachorowania.

4. Szczepienie ochronne. Wykonuje się je dzisiaj trzema metodami:

a) Metoda biernoczynna (serowakcynacja) Sawyera, Kitchena i Lloyda (dalsze modyfikacje Findlay'a) polega na zastosowaniu równoczesnem jadu (mózg myszki, padłej na zakażenie szczepem neurotropowym) i surowicy ozdrowieńca, lub sztucznie uodparnianego przeciw żółtej gorączce. Zabieg jest jednorazowy, odczyn poszczepienny wogóle słaby, w krwi szczepionego zjadliwego zarazka nie udało się nigdy wykryć. Zła strona tej metody leży w trudności otrzymania dostatecznych ilości surowicy dla szczepień masowych (około 50 cm³ surowicy ludzkiej na 1 dawkę).

b) Metoda biernoczynna Pettita i Stefanopoulo polega na zastąpieniu w poprzedniej surowicy ludzkiej końską. Ilość ciał odpornościowych u konia hiperimunizowanego jest większa jak u człowieka (około 5-krotnie). Użycie obcej surowicy powoduje silniejsze objawy odczynów anafilaktycznych, zresztą odpowiada poprzedniej.

c) Metoda czynna Sellardsa i Laigreta, oparta na klasycznych metodach Pasteura w sporządzeniu szczepionki przeciw wściekliźnie (suszenie jadu neurotropowego, potem zawiesina w glicerynie). Metoda ta wymaga trzech zastrzyków w 20-dniowych odstępach, obserwuje się w niej czasem i ostrzejszą reakcję a nawet jakby poronny obraz żółtej gorączki. Wogóle masowe szczepienia dały wynik dodatni.

Wszystkie te trzy metody dają dobre uodpornienie i są na corazto większą skalę stosowane na miejscu lub też jeszcze w Europie u tych, którzy udają się do krajów zagrożonych. Obok walki z plagą komarów szczepienie ochronne staje się dziś podstawowym czynnikiem w tłumieniu żółtej gorączki.

*St. Legeżyński* (Lwów).

## Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

*Wrażliwość osobnicza.* A. TZANCK. Presse Méd. Nr. 89. 1935.

Autor stara się dokładnie określić sam wyraz i pojęcie wrażliwości osobniczej. Uważa, że wszystkie inne wyrażenia jak anafilaksja, idjosynkrazja, alergja, przeczulenie, wstrząs i t. p. stosują się tylko do pewnych specjalnych, reakcyj organizmu, a nie oddają najważniejszej właściwości organizmu. Stwierdza, że 4 główne cechy różnią nadwrażliwość od innych stanów chorobowych: 1) że są to przypadłości czysto osobnicze, 2) że jeśli wywołane są one przez znane trucizny, to występują już po dawkach minimalnych, 3) że objawy po takich truciznach niepodobne są do objawów występujących stale po dużych dawkach toksycznych i 4) że występują one nawet po zadziałaniu substancyj pokarmowych lub innych czynników zupełnie nieszkodliwych dla innych ludzi. Pojęcie nadwrażliwości jest zupełnie różne od pojęcia zatrucia i nie da się sprowadzić do zjawisk natury chemicznej jak w zatruciach ani też nie można go wytłumaczyć zmianami fizyko-chemicznemi, tylko trzeba to uważać za właściwość biologiczną żywego organizmu. Odmiany nadwrażliwości mogą być rozmaite. Może ona dotyczyć narządów lub soków organizmu, może być wrodzona lub nabyta, naturalna lub doświadczalna, indywidualna lub masowa. Przez rozgraniczenie nadwrażliwości od zatrucia otwiera się nowy pogląd na te stany chorobowe ze stanowiska przyczynowego, klinicznego i leczniczego, który streszcza się w dokładnem poznaniu terenu czyli biologji organizmu. *Skowroński* (Lwów).

*Kilka uwag o rozpoznaniu różniczkowem żółtaczki mechanicznej i żółtaczki wątrobowej.* M. BRULÉ i J. COTTE. Presse Méd. Nr. 88. 1935.

Autorowie badali u żółtaczkowych wielkość wątroby, zaburzenie jej czynności cukrowej, zaburzenia gospodarki wodnej i zachowanie się barwika żółci i kwasów żółciowych we krwi. Na podstawie licznych badań dochodzą do następujących wniosków: W żółtaczkach pochodzenia wątrobowego (nieżytowych i zakaźnych) wątroba nie ulega powiększeniu. Z początku występują zaburzenia czynności glikogenotwórczej (próba z galaktozą) i gospodarki wodnej (próba wodna Vaqueza i Cotteta, polegająca na podaniu 600 cm³ wody rano i zbieraniu moczu przez 2 godziny, oraz przez cały dzień i noc. Jeden dzień chory przez pierwsze dwie godziny leży, drugi dzień chodzi). Barwiki żółci i kwasy żółciowe są zatrzymywane. W późniejszym okresie żółtaczki wątrobowej poprawia się diureza (w tej próbie wodnej), podczas gdy próba z galaktozą staje się ujemną znacznie wolniej. We krwi zatrzymują się barwiki żółciowe długo, podczas gdy kwasy żółciowe znikają prędzej. Przy żółtaczkach mechanicznych wątroba ulega powiększeniu równomiernie do natężenia żółtaczki. Próba z galaktozą i diureza są początkowo prawie normalne, później — w związku z uszkodzeniem wątroby przez zatrzymanie żółci — pogarszają się. Barwiki żółciowe i kwasy we krwi są zatrzymywane równomiernie przez cały czas trwania żółtaczki.

*Skowroński* (Lwów).

*Nadmierny wzrost polipeptydów we krwi w przebiegu tężca.* H. WARENBOURG i J. RIESSENS. Presse Méd. Nr. 83. 1935.

Autorowie obserwowali 3 przypadki tężca i stwierdzili we krwi nadmierne zwiększenie polipeptydów. Przypuszczają, że zejście śmiertelne w takich przypadkach, które poprawiają się po pewnym czasie, spowodowane jest przez zatrucie temi produktami rozpadu białka. Badali histologicznie wątrobę i nerki w 2 przypadkach i stwierdzili bardzo ostre zmiany zapalne podobne do zmian spotykanych przy zatruciach jadami miąższowemi jak fosfor. Na tej podstawie proponują, by w leczeniu tężca nie ograniczać się do stosowania surowic i środków uspokajających, ale szczególnie w późniejszym okresie zatrucia produktami rozpadu białka, starać się usuwać te substancje przez stosowanie płynów fizjologicznych z cukrem, wyciągów wątrobowych i t. p.

*Skowroński* (Lwów).

*Przyczynek do znajomości wścieklizny pracownianej.* P. REMLINGER. Presse Méd. Nr. 91. 1935.

Autor omawia przypadki porażeń poszczepiennych, które uważa za wściekliznę pracownianą wywołaną przez zakaźnik ustalony *(virus fixe)*. Do tej grupy zalicza tylko przypadki zakończone śmiercią i potwierdzone szczepieniem na zwierzęciu. Takich pewnych przypadków w piśmiennictwie światowem znalazł 30, prawdopodobnie było ich więcej, ponieważ ze zrozumiałych przyczyn instytuty lub lekarze przeprowadzający szczepienia niechętnie je ogłaszali. Prócz takich pewnych przypadków obserwowano bardzo wiele przypadłości poszczepiennych przebiegających wśród postępującego porażenia kończącego się śmiercią, gdzie szczepienia na króliku wypadły negatywnie, lub przypadki niedowładów przejściowych albo też porażeń nerwu twarzowego lub okoruchowego. Jeśliby i te przypadki włączyć do wścieklizny wywołanej przez pracowniany zakaźnik ustalony, to liczba ta znacznie by się powiększyła. Objawem charakterystycznym takiej typowej wścieklizny poszczepiennej, to szybko postępujące wiotkie porażenie kończyn bez podniecenia lub bólów, kończące się porażeniem rdzenia przedłużonego. W każdym takim przypadku winno być przeprowadzone szczepienie królika. Pozytywny wynik jest bezspornym dowodem, że śmierć, która wystąpiła w czasie przeprowadzania szczepień przeciwwściekliznowych lub w 2 mies. po nich, została spowodowana przez zakaźnik wścieklizny ustalony. Tylko w wyjątkowych bowiem wypadkach mózg człowieka może zawierać zakaźnik uliczny wścieklizny, mianowicie u osób, które zginęły na właściwą wściekliznę lub zginęły w okresie wylęgania się tej choroby. Samo szczepienie królika nie może rozróżnić zakaźnika ustalonego od ulicznego. W przypadkach wątpliwych trzeba zbadać ciałka Negri'ego, Babes'a, van Gehuchtena i Nelisa. Zakaźnik ustalony wskutek przejścia przez organizm królików stał się wprawdzie dla człowieka mniej zjadliwy, nie można go jednak uważać za niezjadliwy. Wpływ pasażów przez króliki jest skomplikowany i niezawsze jednakowy. Klasyczne metody suszenia rdzenia wpływały silniej na zakaźnik, jak nowsze metody przygotowywania szczepionek przez rozcieńczanie. Dlatego też obecnie częściej spotyka się takie przypadłości wywołane przez zakaźnik ustalony. Ale prócz samej metody szczepienia przeciwwściekliznowego odgrywa dużą rolę także sama technika wstrzykiwania szczepionki. Brutalnie przeprowadzane zastrzyki podskórne mogą rozdzierać pnie nerwowe i pozwalają zetknąć się obnażonym włókienkom nerwowym z zakaźnikiem, taksamo przypadkowe zetknięcie się zawiesiny z zakończeniem nerwowem może ułatwić występowanie takich przypadłości. Ponadto zdaje się, że czynniki kosmiczne odgrywają też pewną rolę, ponieważ stwierdza się równoczesne pojawianie się wielu przypadków takich porażeń. *Skowroński* (Lwów).

**Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.**

*O wyleczeniu chirurgicznem dwu przypadków implantacji odbytnicy na sromie niewieścim (przez utworzenie kanału w kroczu).* A. T. ALVRES PINTO. Boletim da Secretaria Geral de Saude e Assistencia. Rio de Janeiro. 2. Str. 93. 1935.

Na podstawie dwóch przypadków implantacji *anus* na sromie niewieścim autor proponuje leczenie chirurgiczne metodą nieco odmienną od używanych dotychczas. Mianowicie zamiast rozcinać krocze od nieprawidłowego ujścia odbytnicy aż do punktu, gdzie chirurg pragnie ją przemieścić, autor poleca po odpreparowaniu odbytnicy od pochwy i po przygotowaniu prawidłowego jej ujścia połączyć obydwa ujścia zapomocą „tunelu" przebitego niejako na górnej powierzchni *diaphragma pelvis;* odbytnicę odpreparowaną przeciąga się następnie przez „tunel" a ujście jej przytwierdza się do nowoutworzonego *anus.* Dzięki tej technice unika się, zdaniem autora, między innemi także i następowych wypadnięć narządów miednicy małej, spowodowanych osłabieniem przeciętych — przy stosowaniu metody klasycznej — mięśni i ścięgien. Bezpośrednio po operacji, wykonanej w uśpieniu, należy założyć do odbytnicy dren owinięty w gazę a przez 6 miesięcy po zabliźnieniu się ran stosować rozszerzania postępowe *anus.* *S. Fuhrman* (Lwów).

*Pozaopłucnowa parafinowa plomba płucna.* HEAD J. R. Surg. Gyn. a. Obstr. Vol. 59/2. 1934.

W roku 1913 Baer wprowadził parafinową plombę płucną do leczenia zapadowo-uciskowego gruźlicy płuc. Wskazaniem do stosowania tego zabiegu są: 1) pojedyncze lub mnogie jamy, położone w górnym płacie i nieokazujące charakteru postępującego; 2) jamy, które nie zapadły się mimo wykonania całkowitej torakoplastyki; 3) krwotoki z jam szczytowych. Autor zastosował plombę płucną u 28 chorych, przyczem w 9 przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie, w 15 przypadkach polepszenie, w pozostałych 4 przypadkach polepszenia nie uzyskano. Odprątkowanie stwierdzono u 9 chorych, a u 2 chorych z rozległemi zmianami stan polepszył się tak znacznie, że można było wykonać następowo torakoplastykę. Autor podnosi, że w porównaniu z torakoplastyką, plomba płucna jest zabiegiem prostszym, bezpieczniejszym i niepowodującym zniekształceń klatki piersiowej, stąd też powinna znaleźć rozległe zastosowanie w tych przypadkach, gdzie inne sposoby zawodzą lub są niewskazane. Opierając się na wynikach leczniczych autor zauważa, że założenie plomby płucnej jest metodą najlepszą w przypadkach małych jam szczytowych, podczas gdy torakoplastyka daje lepsze wyniki w przypadkach jam dużych. W tych ostatnich jednak założenie plomby parafinowej może być, jak to wykazało doświadczenie kliniczne autora, postępowaniem wstępnem przed wykonaniem torakoplastyki.
*W. Bross* (Lwów).

*Badania doświadczalne następstw przebicia wrzodu trawiennego.* BLALOCK A. Surg. Gyn. a. Obstr. Vol. 61/1. 1935.

W poszukiwaniu czynników szkodliwych, zawartych w treści, dostającej się do jamy otrzewnowej po przebiciu wrzodu trawiennego, a powodujących wszystkie groźne dla życia objawy zapalenia otrzewnej, przeprowadził autor badania doświadczalne na psach, którym wprowadzał kolejno soki trawienne do jamy otrzewnowej. Soki otrzymywał jałowo w doświadczeniach ostrych z przewodów wyprowadzających odpowiednich narządów. Wprowadzanie dootrzewnowe jałowego soku żołądkowego lub trzustkowego, nawet w ilości 11—39 cm³ na kg wagi nie wywoływało ciężkich objawów ani też śmierci zwierzęcia. U 6 zwierząt, którym wprowadzono jałową żółć do jamy otrzewnowej w ilości 21 cm³, wystąpiły ciężkie objawy żółciowego zapalenia otrzewnej, a w 1 przypadku śmierć, przy użyciu natomiast mieszaniny soku trzustkowego i żółci nastąpiły cięższe objawy zatrucia i wyższy odsetek śmiertelności. Soki powyższe, pobrane nie jałowo, powodowały w każdym przypadku, nawet już w małych ilościach ropne zapalenie otrzewnej i zejście śmiertelne. Autor zaznacza, że u każdego zwierzęcia po zabiegu występowały jako stałe objawy spadek ciśnienia krwi, przyspieszenie tętna i wymioty.
*W. Bross* (Lwów).

*Leczenie zgorzeli samoistnej.* SILBERT S. Surg. Gyn. a. Obstr. Vol. 61/2. 1935.

Sposób leczenia samoistnej zgorzeli, podany przez autora, polega na dożylnem wlewaniu dużych ilości (150—300 cm³) 5% roztworu soli kuchennej 2—3 razy tygodniowo przez dłuższy okres czasu (do 2 lat). Jako pomocniczy zabieg dla usunięcia bólów stosuje autor ponadto przecięcie w schorzałej kończynie nerwów czuciowych z następowem ich zeszyciem. Postępowaniem powyższem uzyskał autor w znacznym odsetku (83%) u 524 chorych wyleczenie. *W. Bross* (Lwów).

*Samoistne pęknięcie przewodu żółciowego wspólnego.* WOLFSON W. i LEVINE D. Surg. Gyn. a. Obstr. Vol. 60/3. 1935.

Samoistne pęknięcie przewodu żółciowego wspólnego zdarza się nadzwyczaj rzadko. Autor widział je u 3 chorych, u których założono poprzednio przetokę żółciową (choledochostomja). Przyczyną pęknięcia według autora było podostre zakażenie dróg żółciowych po choledochostomji, spowodowane zawczesnem usunięciem sączka. Wobec tego poleca autor po usunięciu sączka gumowego (T) z przewodu żółciowego zastąpić go gumowym sączkiem prostym tak długo, dopóki nie ustąpi zakażenie, będące czynnikiem utrudniającym trwałe zamknięcie przewodu żółciowego wspólnego. *W. Bross* (Lwów).

*Przezotrzewnowe wyłuszczenie guzów nerki.* WHARTON L. Surg. Gyn. a. Obstr. Vol. 60/3. 1935.

Najczęściej spotykanym guzem nerki są nadnerczaki (guzy Grawitza) i potworniaki Wilmsa. Usunięcie tych guzów spowodu wielkich ich rozmiarów jest często połączone z wielkiemi trudnościami, a czasami nawet niemożliwe. Autor zwraca uwagę, że guzy te są bardzo wrażliwe na promienie Roentgena, dlatego też można po przedoperacyjnem zastosowaniu głębokiej radjoterapji usunąć guzy, które poprzednio nie nadawały się do leczenia operacyjnego. Dla wyłuszczenia guzów poleca autor drogę przezotrzewnową, twierdząc wbrew dotychczas panującym zapatrywaniom, że jest ona łatwiejsza i bezpieczniejsza niż droga zaotrzewnowa. Przy końcu podaje dokładny opis techniki.
*W. Bross* (Lwów).

*Rozpoznanie wrodzonego połączenia tętniczo-żylnego zapomocą arterjografji.* HORTON B. i GHORMLEY R. Surg. Gyn. a. Obstr. Vol. 60/5. 1935.

Horton pierwszy zastosował arterjografję dla uwidocznienia tętniaka tętniczo-żylnego, powstałego po postrzale w udo. Następnie autorowie mieli sposobność oglądania 2 chorych z wrodzonem połączeniem tętniczo-żylnem tętnic pachowych, u których jedynym objawem były bóle i obrzęk odpowiednich palców ręki. Właściwe rozpoznanie postawiono dopiero po wykonaniu arterjografji zapomocą torotrastu, poczem po dokładnem określeniu rozległości i umiejscowienia nieprawidłowego połączenia naczyń, wykonano zabieg doszczętny. *W. Bross* (Lwów).

*Sympatektomja a leczenie tętniaków podkolanowych.* BIRD C. Surg. Gyn. a. Obstr. Vol. 60/5. 1935.

Po zabiegach doszczętnych tętniaków podkolanowych (wycięcie, *endoaneurysmorhaphia* i t. p.) występuje dość często (8—15%) zgorzel kończyny wskutek niedostatecznego jej ukrwienia. Dla uniknięcia tego powikłania poleca autor wycięcie zwojów współczulnych lędźwiowych, jako postępowanie poprzedzające właściwy zabieg operacyjny.

Wycięcie zwojów współczulnych, zapobiegając nieprawidłowym wpływom naczynioskurczowym w krążeniu ubocznem, zabezpiecza kończynie dostateczne ukrwienie przez odpowiednie rozszerzenie naczyń. W przypadkach tętniaka tętnicy podkolanowej wykonał autor w miesiąc przed zabiegiem operacyjnym *(endoaneurysmorhaphia)* wycięcie zwojów współczulnych od $L_2$-$S_1$. Wynik końcowy był bardzo korzystny.
*W. Bross* (Lwów).

*Leczenie ropni wątroby w przebiegu czerwonki pełzakowatej.* HOLMES W. Surg. Gyn. a. Obstr. Vol. 61/4. 1935.

Na podstawie spostrzeganych 2 przypadków ropni wątroby, będących powikłaniem czerwonki pełzakowatej, autor przestrzega przed zbyt pochopnem stosowaniem leczenia chirurgicznego, wychodząc z założenia, że zwykle ropnie przy czerwonce pełzakowatej, niepowikłane wtórnem zakażeniem, mogą być leczone z korzyścią środkami zachowawczemi (emetyna). Leczenie operacyjne zdaniem autora jest wskazane w przypadkach wtórnego zakażenia tych ropni oraz wystąpienia innych powikłań, jak przebicie ropni do jamy opłucnowej lub otrzewnowej.
*W. Bross* (Lwów).

*Operacja Cotte'a w leczeniu bolesnego miesiączkowania.* KEEN F. Am. Journ. of Obstr. and Gyn. Vol. 30/4. 1935.

W roku 1925 polecił Cotte przedkrzyżowe przecięcie nerwu współczulnego, dla zniesienia bólów w przebiegu schorzeń narządów miednicy małej. Zabieg ten, bardzo rozpowszechniony w Ameryce, znalazł również zastosowanie w leczeniu bolesnego miesiączkowania. Z dużej statystyki Cotte'a (200 przypadków) i autora wynika, że operacja ta daje dobre wyniki nawet w tych przypadkach gdzie wszystkie środki zachowawcze zawiodły.

Badania kontrolne operowanych chorych wykazały, że przecięcie nerwu współczulnego sposobem Cotte'a nie powoduje żadnych zaburzeń prawidłowej czynności motorycznej pęcherza mo-

czowego i odbytnicy. Rytm miesiączkowania pozostaje niezmieniony, jedynie przez krótki przeciąg czasu po operacji miesiączki są dłuższe i bardziej obfite spowodu wypadnięcia wpływów naczynioskurczowych nerwu współczulnego. Ciąża i połóg u operowanych przebiegały prawidłowo. *St. Koczorowski* (Lwów).

*Spostrzeżenia kliniczne i bakterjologiczne w zapaleniu pochwy na tle rzęsistka.* ALLEN E., JENSEN L. i WOOD Ł. Am. Journ. of Obstetr. a. Gyn. Vol 30/4. 1935.

Dotychczas brak dostatecznie przekonywującego dowodu, jaki z wielu drobnoustrojów znajdowanych w wydzielinie z pochwy, w przebiegu jej zapalenia na tle rzęsistka jest właściwym czynnikiem chorobotwórczym. W wielu przypadkach, obecność rzęsistka w pochwie nie wywołuje żadnych zmian chorobowych, dlatego też autorowie przypuszczają, że dopiero dodatkowe zakażenie, i to łańcuszkowcem, powoduje u tych kobiet pojawienie się objawów zapalnych, szczególnie w chwili wystąpienia ogólnego lub miejscowego osłabienia odporności (schorzenia dróg oddechowych, przewodu pokarmowego, ciąża i in.).

W poszukiwaniu źródeł zakażenia, autorowie badali małżonków tych chorych. U wszystkich stwierdzili przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego, a w uzyskanej ze sterczu wydzielinie znajdowali stale łańcuszkowce, niekiedy także rzęsistka. Na tej podstawie uważają „*trichomonas prostatitis*" za źródło częstej reinfekcji będącej główną przyczyną niepowodzeń w leczeniu upławów na tle rzęsistka pochwowego.

*St. Koczorowski* (Lwów).

*Ropień durowy jajnika.* SOLOFF L. i HERMAN C. Am. Journ. of Obstr. a. Gyn. Vol. 30/2. 1935.

Przewlekły ropień jajnika jest bardzo rzadkiem powikłaniem w przebiegu duru brzusznego.

Autor opisuje chorą, u której wystąpiły nagle, gwałtowne bóle w dole brzucha, po stronie prawej, podwyższenie ciepłoty, nieznaczna leukocytoza; w wywiadach dur brzuszny przed 6 laty. Rozpoznano ostre zapalenie wyrostka robaczkowego lecz w czasie zabiegu operacyjnego stwierdzono niewielką torbiel jajnika prawego. Badanie bakterjologiczne ropy, uzyskanej z torbieli, wykazało żywe laseczniki durowe. Odczyn Widala u chorej wypadł dodatnio. Przypadek autora dowodzi, że ropień durowy powstać może nietylko w torbieli skórzastej lub w torbielaku jajnika, lecz także w jajniku chorobowo niezmienionym.

*St. Koczorowski* (Lwów).

### Higjena i medycyna społeczna.

*Marszałek Piłsudski o wychowaniu fizycznem młodzieży akademickiej i młodzieży wiejskiej.* ST. CIECHANOWSKI. Wychowanie Fizyczne. R. 16. Nr. 5. 1935.

Marszałek Józef Piłsudski, jako przewodniczący Rady Naukowej Wychowania Fizycznego, której członkiem jest i autor referowanej pracy, prof. Stanisław Ciechanowski, zabierał wielokrotnie głos w sprawie wychowania fizycznego szczególnie młodzieży akademickiej i młodzieży wiejskiej: te bowiem ugrupowania młodzieży są, np. w stosunku do młodzieży szkół średnich, bardzo upośledzone, jeżeli chodzi o ich wychowanie fizyczne. Zdaniem marszałka Piłsudskiego, rozmaite szczegóły planu wychowania fizycznego mają być zasadniczo różne w różnych, powyżej wspomnianych, ugrupowaniach młodzieży, a to ze względu na rozmaitość warunków, w jakich one się znajdują.

*Zdzisław Bieliński* (Lwów).

---

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

### Polska Akademja Umiejętności.
### IV. Wydział Lekarski.

Posiedzenie z dnia 15 listopada 1935 r. w Warszawie, w gmachu Towarzystwa Naukowego Warszawskiego.

Przewodniczący: Dyr. H. Hoyer.

Czł. R. Nitsch przedstawia pracę pp. J. W. Supniewskiego i J. Hano p. t.: *Wpływ kwasu askorbinowego i glutationu na wzrost krętków bladych na sztucznem podłożu.*

Do swojej pożywki peptonowej dodali autorowie około 200% kwasu askorbinowego. Pożywkę tę wstawiono do cieplarki na 8 dni. Po upływie tego czasu zmianowano zawarty w niej kwas askorbinowy metodą Tillmansa. Ilość kwasu w pożywce zmniejszyła się nieznacznie (około 3%), pożywka ta więc jedynie nieznacznie niszczy kwas askorbinowy.

Następnie na pożywce tej posiano krętki blade. Spostrzeżono bardzo silny wzrost tych krętków w porównaniu z pożywką kontrolną bez kwasu askorbinowego. W pożywce, zawierającej kwas askorbinowy, występowały obfite kłębki krętków, których nie było w pożywce kontrolnej. W pożywce tworzył się brunatnawy barwik. Po upływie 8 dni zawartość kwasu askorbinowego w pożywce z krętkami obniżyła się o 30%, krętki blade rozszczepiają więc tę witaminę.

Kwas askorbinowy pobudza wybitnie wzrost krętków bladych, przyczem jest przez nie zużytkowywany.

Podobne doświadczenia wykonali autorowie z pożywkami, do których dodano około 100% glutationu. I tu spostrzegali również wybitne pobudzenie wzrostu krętków w podłożu, zawierającem glutation.

Badania kontrolne dowiodły jednak, że już sama pożywka bez krętków posiada zdolność rozszczepiania glutationu.

Krętki blade nie rosły na tych pożywkach bez kawałków narządów wówczas, gdy zamiast tych narządów dodawano kwasu askorbinowego i glutationu.

(Praca wykonana z zasiłkiem funduszu im. P. Tyszkowskiego).

(Z Zakładu Farmakologji U. J. w Krakowie).

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę pp. J. Supniewskiego i E. Taschnera p. t.: *Własności farmakologiczne nowego alkaloidu syntetycznego z korzeni kozłka lekarskiego.*

E. Cionga wyosobnił z korzeni kozłka lekarskiego nowy krystaliczny alkaloid, który okazał się znanym już dawniej alfametylopyryloketonem. Związek ten poddali autorowie badaniu farmakologicznemu.

1. Związek ten, wstrzyknięty podskórnie białym myszom, już w dawce 2 mg na kg wywiera działanie uspokajające, które staje się coraz silniejsze po podawaniu coraz większych dawek. Dawka 800 mg na kg, wstrzyknięta podskórnie, wywołuje w głębokiej narkozie śmierć myszy z porażenia oddychania.

2. Małe dawki tego alkaloidu pobudzają oddech ssaków, duże — działają nań osłabiająco.

3. U ssaków przetwór ten zastosowany dożylnie wywołuje spadki ciśnienia krwi, wywołane rozszerzeniami naczyń krwionośnych. Po podaniu przetworu spostrzegano u kota zwiększenie się objętości jelit cienkich, kończyn, nerek i płuc, nie spostrzegano zaś większego wpływu na serce tegoż zwierzęcia *in situ* (kardjometr).

Przetwór ten działa silnie na serca wyosobnione. Silne roztwory hamują wyosobnione serce żaby w rozkurczu. Już małe dawki początkowo pobudzają nieznacznie, a potem osłabiają czynność wyosobnionego serca królika.

4. Keton ten działa osłabiająco na mięśnie gładkie. Obniża on oraz hamuje skurcze robaczkowe wyosobnionych jelit cienkich królika, macicy szczura i przełyku żaby. Działa rozszerzająco na naczynia jelit i kończyn królika i na naczynia krwionośne żaby. Zastosowany dożylnie zwalnia lub hamuje ruchy jelit i pęcherza u kota i królika, a rozszerza oskrzela kota.

5. Przetwór ten wprowadzony dożylnie hamuje nieco wydzielanie moczu u królika.

6. Keton ten nie działa hemolitycznie. Podany w większych stężeniach znieczula spojówkę oka królika. W stężeniu do 1% nie działa hemolitycznie, a w stężeniu 2% nie wywiera wpływu na źrenicę królika.

Działanie uspokajające przetworów kozłka lekarskiego zdaje się w pewnej mierze zależeć od obecności w nim alfametylopyryloketonu.

(Z Zakładu Farmakologji U. J. w Krakowie).

Czł. W. Orłowski i S. Przyłęcki przedstawiają pracę p. Z. Galinowskiego p. t.: *Badania nad rytmiką przemiany kwasu moczowego w ciągu doby u ludzi zdrowych.*

Autor wykonał u 9 zdrowych osób badania porównawcze nad przebiegiem wydalania kwasu moczowego i azotu ogólnego w moczu oraz zachowaniem się poziomu kwasu moczowego we krwi w dwugodzinnych odstępach czasu w dniu diety bezpurynowej i po obciążeniu 20 g kwasu nukleinowego, stwierdzając, co następuje:

1. Przemiana kwasu moczowego ustrojowego podlega w ciągu doby okresowym wahaniom.

2. Okres najwyższego natężenia przemiany purynowej przypada najczęściej na godziny popołudniowe, rzadziej ranne. W nocy przemiana ulega ograniczeniu.

3. W różnych godzinach dnia może przemijająco wzrastać wydalanie kwasu moczowego wskutek pobudzenia przemiany purynowej lub wzmożonej pracy nerek.

4. Sposób wydalania azotu moczu w linjach zasadniczych odpowiada biegowi wydalania kwasu moczowego.

5. Obciążenie w godzinach rannych kwasem nukleinowym wiedzie do ujednostajnienia sposobu wydalania kwasu moczowego, przesuwając w większości przypadków okres szczytowy na godziny przedpołudniowe.

6. Podwyższenie wydalania azotu ogólnego po obciążeniu okazuje dążność do opóźniania w stosunku do wydalanego kwasu moczowego.

7. Poziom kwasu moczowego we krwi po podaniu kwasu nukleinowego osiąga najwyższą wartość w 4—8 godzin, a wraca do pierwotnej wysokości po 36—48 godzinach.

8. Doraźny wzrost wydalania kwasu moczowego po obciążeniu może ustąpić miejsca dalszemu obniżeniu poniżej wartości endogenicznej.

9. Zachowanie się kwasu moczowego w ustroju nie zależy od liczby ciałek białych we krwi.

10. Doustne podanie kwasu nukleinowego nie wywołuje przyrostu białych ciałek we krwi obwodowej.

(Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: Prof. Dr. Zdzisław Gorecki).

Czł. W. Orłowski i S. Przyłęcki przedstawiają pracę p. Z. Galinowskiego p. t.: *Wpływ głodzenia na przemianę kwasu moczowego.*

Autor wykonał badania na 8 zdrowych osobach, określając zachowanie się kwasu moczowego we krwi i moczu oraz przebieg wydalania ogólnego azotu moczu podczas głodzenia, trwającego 36—60 godzin. Doświadczenia przeprowadzono w 2 serjach: w warunkach zwykłego głodzenia i po podaniu badanym 20 g drożdżowego kwasu nukleinowego. Autor dochodzi do następujących wniosków:

I. Podczas głodzenia:

a) Wydalanie kwasu moczowego ustrojowego spada, jednocześnie z tem wzrasta poziom kwasu moczowego we krwi.

b) Spadek wydalania zależy od ograniczenia wytwarzania kwasu moczowego i od zatrzymania go w ustroju głodzonym, przytem w zjawisku tem bierze udział zarówno zahamowanie czynności wydalniczej nerek, jak i wzmożona zdolność chłonięcia kwasu moczowego przez tkanki.

c) Przebieg ogólny przemiany purynowej okazuje w świetle liczb kwasu moczowego we krwi i moczu najwyższe jej natężenie podczas dnia, częściej w godzinach rannych; w nocy przemiana jest ograniczona. Wahania wydalania azotu podczas dnia nie są zgodne co do czasu i stopnia z takiemiż co do kwasu moczowego.

II. Po obciążeniu ustroju podczas głodzenia kwasem nukleinowym:

a) Wydalanie kwasu moczowego pozaustrojowego jest mniej wydatne, niż w okresie pełnokalorycznego odżywiania.

b) Poziom kwasu moczowego we krwi osiąga najwyższe wartości w 3—8 i 24 godziny, a wraca do liczb początkowych po 48—72 godzinach od obciążenia.

c) Wydalanie azotu opóźnia się w stosunku do przyrostu wydalania kwasu moczowego.

d) Doraźny wzrost wydalania kwasu moczowego po obciążeniu ustępuje skolei miejsca spadkowi poniżej wartości endogenicznej, przy równoczesnem obniżeniu się jego poziomu we krwi.

III. a) Krwinki czerwone biorą udział w przenoszeniu kwasu moczowego pozaustrojowego.

b) W głodzie kwas moczowy ustrojowy i pozaustrojowy zatrzymywany jest w stopniu wybitniejszym w krwinkach niż w osoczu.

(Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: Prof. Dr. Zdzisław Gorecki).

Czł. R. Nitsch przedstawia pracę pp. H. Kowarzyka i W. Preissa p. t.: *Badania nad reakcjami przebiegającemi w odpornościowym układzie hemolitycznym. Doniesienie I. Aglutynacja zrebów komórkowych krwinek czerwonych w odpornościowym układzie hemolitycznym pod wpływem chlorku wapnia.*

Dodatek chlorku wapnia wywołuje w odpornościowym układzie hemolitycznym, złożonym z krwinek baranich, surowicy niwecznikowej królika oraz dopełniającej surowicy świnki morskiej w ciepłocie 37°, zlepianie się zrębów krwinek poprzednio zhemolizowanych. Również zręby krwinek, zhemolizowanych działaniem wody przekroplonej, zlepiają się i wypadają z zawiesiny w obecności chlorku wapnia po dodaniu surowicy niwecznikowej i dopełniającej. Sama dopełniająca surowica świnki morskiej również wywołuje w obecności chlorku wapnia zlepianie się zrębów krwinek baranich zhemolizowanych wodą przekroplona, ponieważ zawiera niweczniki normalne, których drobna ilość obecna w układzie wystarcza do wywołania aglutynacji. W tych warunkach zlepianie się zrębów następuje znacznie wolniej niż w obecności surowicy niwecznikowej lub przy użyciu krwinek, przed hemolizą uczulonych. Inaktywowana surowica niwecznikowa nie wywołuje zlepiania się zrębów w obecności chlorku wapnia, również po dodaniu surowicy świnki morskiej, której działanie dopełniające usunięto lub znacznie osłabiono przez podgrzanie, dodatek cytrynianu sodowego, heparyny i t. p. Podobnie jak w hemolizie odpornościowej, tak również przy zlepianiu się zrębów pod wpływem chlorku wapnia można niedobór użytego do doświadczenia dopełniacza wyrównać zwiększeniem ilości niwecznika i odwrotnie, przy niedostatecznem stężeniu niwecznika przyspieszyć wystąpienie strątów nadmiarem surowicy dopełniającej. Z soli metali ziem alkalicznych jedynie chlorek strontu wywołuje podobne zjawisko, jak chlorek wapnia, jednak przy użyciu znacznie wyższych stężeń surowicy niwecznikowej na pograniczu jej miana aglutynacyjnego. Chlorki magnezu i baru nie powodują zlepiania się zrębów. Chlorki wszystkich powyższych metali w znacznym stopniu hamują hemolizę odpornościową, podobnie jak cytrynian i szczawian sodu. Dokładniejsze badania działania hamującego cytrynianu sodowego na hemolizę odpornościową w zupełności potwierdziły dawniejsze wyniki O. Gengou, świadczące o czynności przeciwdopełniaczowej cytrynianu. Rozszerzając zakres poszukiwań, można stwierdzić, że cytrynian sodu wiąże się z częścią dopełniacza w taki sposób, iż uniemożliwia jej adsorbcję na uczulonych krwinkach. Hamujące działanie cytrynianu na dopełniacz zwiększa się w ciepłocie 37° w miarę czasu, jaki upływa między zmieszaniem cytrynianu z surowicą dopełniającą a dodaniem reszty układu hemolitycznego.

Zjawisko zlepiania się pod wpływem chlorku wapnia zrębów krwinek, zhemolizowanych w układzie odpornościowym, różni się zasadniczo od innych dotąd opisanych rodzajów aglutynacji. Autorowie dochodzą do przekonania, że w zjawisku tem bierze udział zarówno dopełniacz, jak i swoisty niwecznik, między któremi w obecności chlorku wapnia reakcja odmiennie przebiega, niż w zwykłym układzie hemolitycznym.

Autorowie rozpatrują opisane zjawisko w związku z badaniami Delezenne'a, Belfantiego i in. w oświetleniu teorji, tłumaczącej hemolizę odpornościową rozkładem enzymatycznym lecytyn, przy którym powstają substancje o właściwościach wybitnie hemolitycznych.

(Praca wykonana z zasiłkiem funduszu im. P. Tyszkowskiego).

(Z Zakładu Patologji Ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie).

Czł. A. Beck i J. Lauber przedstawiają pracę p. W. H. Melanowskiego p. t.: *Granice oświetlenia, odpowiadające najlepszej sprawności narządu wzroku.*

Autor przeprowadził szereg badań ostrości wzroku, poczucia barw i rozległości pola widzenia w różnej sile oświetlenia, korzystając bądźto ze światła dziennego, bądź ze sztucznych źródeł światła. Badania te, zestawione w postaci tablic ostrości wzroku, szerokości źrenicy i rozległości pola widzenia, dowiodły, że najlepsze oświetlenie dla pracy wzrokowej odpowiada jasności od 200 do 3000 luksów światła białego, o wartości widmowej, odpowiadającej światłu dziennemu. Jedynie w tych granicach oświetlenia sprawność ludzkiego narządu wzroku jest najlepsza: t. j. ostrość wzroku oka prawidłowego dochodzi do 1,75, pole widzenia i pole barw jest najrozleglejsze i rozpoznawanie oświetlenia barw najdokładniejsze. Prócz tego, według pomiarów autora, w granicach oświetlenia od 200 do 3000 luksów średnica źrenicy waha się od 3,5 do 3,0 mm, co odpowiada współczynnikowi rozwarcia (apertura) F : 6 i co znowu jest korzystne dla oka jako przyrządu optycznego. Wyniki pomiarów autora zgadzają się też z doświadczeniami Schredera, który stwierdził, że w granicach jasności od 200 do 2000 luksów oko ludzkie najlepiej rozpoznaje minimalne wahania w sile oświetlenia.

Większości pomiarów dokonano luksomierzem Voege-Kruessa, któryto przyrząd oprócz pomiarów jasności dozwala badać kolorymetrycznie barwę światła oraz określać odsetki odbicia światła od danej powierzchni. Pomiary autor sprawdzał innemi przyrządami, a w szczególności luksomierzem Westona, opartym na zasadzie komórki fotoelektrycznej, oraz porównawczemi badaniami widmowemi, dokonanemi spektrofotometrem Koeniga-Martensa. Badania te dowiodły, że większość sztucznych źródeł światła ma nadmiar promieni czerwonych (ponad 60%) i zbyt mało promieni błękitnych (10—15%). Filtr błękitny o odpowiedniem nasyceniu, dodany do żarówki zwykłej, albo też żarówka błękitna (t. zw. „światło dzienne") daje światło zbliżone barwą do światła dziennego zwykłego.

Jako przykład dobrego oświetlenia sztucznego proponuje autor światło żarówki błękitnej „światło dzienne", 60 watt. Żarówka taka, umieszczona na wysokości 33 cm i w odległości 33 cm od poziomu białego papieru, (wzgl. książki) daje jasność, odpowiadającą 450 luksom.

Czł. W. Orłowski i S. Przyłęcki przedstawiają pracę p. A. Fidlera p. t.: *Studja nad przemianą azotową ustroju ludzkiego ze szczególnem uwzględnieniem przewlekłej niewydolności krążenia.*

Autor badał w surowicy krwi żylnej zawartość azotu pozabiałkowego, azotu polipeptydów, mocznika, kwasów aminowych, białka, albumin i globulin, a w moczu oznaczał azot całkowity, mocznik i kwasy aminowe. Nadto zbadał w kilkudziesięciu przypadkach zawartość niektórych z wymienionych składników także w surowicy krwi tętniczej i w krwinkach krwi żylnej. Na zasadzie 1050 oznaczeń dochodzi między innemi do następujących wniosków:

1. Wzrost zawartości azotu pozabiałkowego we krwi jest prawdopodobnie skutkiem wzmożonego rozpadu białkowego, a może jest wynikiem nieprawidłowej przemiany białka pokarmowego.

2. Zaburzenia w poziomie białek, wskaźnika mocznikowego i aminowego mają swe źródło w przyczynie ogólnoustrojowej.

3. Nawodnienie ustroju w niektórych przypadkach jest spowodowane, być może, odpowiednim wzajemnym stosunkiem białek surowicy krwi.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: Prof. Dr. Witołd Orłowski).

Dok. nast.

## Wydział Lekarski Poznańskiego T. P. N.

VIII Zebranie z dnia 12 kwietnia 1935 roku.

Zebranie zostało zorganizowane wspólnie z Oddziałem Poznańskim Internistów Polskich.

1. *Komunikaty Zarządu:*

Po zagajeniu zebrania prezes Wydziału Lekarskiego Kol. Kapuściński donosi o zgonie prof. dr. Antoniego Gluzińskiego, członka honorowego Wydziału Lekarskiego P. T. N. Zarząd wysłał depeszę kondolencyjną na ręce rodziny zmarłego profesora, którego pamięć zostaje przez zebranych uczczona przez powstanie.

2. *Pokazy:*

a) Kol. Konkolewski (członek Wydziału): Kiła mięśnia sercowego należy w dzisiejszych czasach do rzadkości. Toteż godne pokazu są dwa przypadki obserwowane w Klinice Chorób Wewnętrznych U. P. Główną przyczyną zejścia śmiertelnego było w obu przypadkach uszkodzenie mięśnia sercowego na tle kiły.

W pierwszym przypadku chodziło o 32-letniego policjanta, pełniącego służbę prawie do chwili przybycia do szpitala. W wywiadzie podaje, że od 3 lat miewa zawroty głowy, szczególnie przy nachylaniu się, napady duszności z bólami w okolicy serca oraz osłabienie po wysiłkach fizycznych. Lekarz domowy potraktował te dolegliwości, wobec braku przedmiotowych objawów chorobowych, wobec stosunkowo młodego wieku oraz dobrego stanu ogólnego chorego, jako zaburzenia czynnościowe i przekazał go z rozpoznaniem neurastenji do obserwacji szpitalnej celem ustalenia rozpoznania.

W czasie pobytu w klinice skarżył się pacjent na uczucie ciężaru w klatce piersiowej oraz na okresowo występującą duszność w różnych porach dnia z bólami pod mostkiem. Badanie płuc nie wykazało nic, coby usprawiedliwiło skargi pacjenta. Co do serca, to stwierdzono jedynie lekki przerost ze szmerem skurczowym nad koniuszkiem, przyczem czynność serca była zawsze miarowa, nieprzyśpieszona bez jakichkolwiek objawów dekompensacji. W 7 dniu pobytu w szpitalu po rannem umyciu się wrócił pacjent do łóżka, przyczem odczuł nagle tępy przeszywający ból pod mostkiem. Wkrótce potem wystąpiła silna duszność z zasinieniem twarzy, utrata przytomności i w ciągu kilku minut nastąpił zgon.

Na podstawie danych podmiotowych oraz obrazu elektrokardjograficznego, który wykazał objawy uszkodzenia mięśnia sercowego (z ujemnem T w I i II odprowadzeniu), rozpoznano ostry zawał mięśnia sercowego na tle miażdżycy naczyń wieńcowych. Podejrzenia w kierunku kiły nie było spowodu ujemnego wyniku badań serologicznych krwi, jak również spowodu braku danych w wywiadzie.

Obdukcja zwłok wykazała daleko posuniętą kiłę naczyniową w postaci zmian zarostowych tętnic obwodowych, szczególnie tętnic szyjnych, kręgowych i wieńcowych, których światło miejscami przedstawiało się w postaci wąskiej, półksiężycowatej szczeliny. Mięsień sercowy usiany był staremi i świeżemi ogniskami zawałowemi. Ponadto stwierdzono zakrzep w obrębie prawej komory oraz duże zawały krwotoczne w obu płucach, które niewątpliwie były bezpośrednią przyczyną nagłego zgonu.

W przedstawionym przypadku chodzi o daleko posunięte zmiany kiłowe tętnic, które w obrębie serca wywołały następczo rozległe zmiany zawałowe na skutek zamknięcia światła tętnic wieńcowych. Uderzający jest w tym przypadku niestosunek między zmianami anatomicznemi serca a obrazem klinicznym. Potwierdza się tem samem fakt, że kiłowe zmiany ze strony serca mogą nie wywołać żadnych zaburzeń czynnościowych serca lub też wywołują objawy stosunkowo bardzo nieznaczne, dające się rozpoznać niekiedy tylko na podstawie elektrokardjogramu w postaci częściowego lub zupełnego przerwania układu przedsionkowo-komorowego lub też w postaci uszkodzenia mięśnia sercowego, jak to stwierdzono elektrokardjograficznie w przedstawionym przypadku.

Drugi przypadek: 59-letni robotnik, u którego w klinice rozpoznano raka żołądka oraz zapalenie kiłowe tętnicy głównej i mięśnia sercowego. Zachorzenie serca dało objawy dekompensacji z obrzękiem nóg, z przesiękiem w jamie brzusznej, z nieżytem zastoinowym płuc i z rozszerzeniem komór. Tony serca były zupełnie głuche, prawie niesłyszalne, tętno miękkie, zwolnione i przerywane. Rozpoznanie kiły układu naczyniowo-sercowego oparto głównie na charakterystycznych zmianach rentgenologicznych w postaci rozszerzenia cienia aorty wstępującej, na dodatnich odczynach serologicznych i na elektrokardjogramie, który wskazywał na uszkodzenie mięśnia sercowego i na zaburzenia przewodnictwa. Mimo poprawy czynności serca i ustąpienia pewnych objawów niedomogi po zastosowaniu odpowiedniego leczenia nastąpiło zejście śmiertelne wskutek postępującego wycieńczenia i ciężkiej niedokrwistości na tle rozpadającego się raka żołądka.

Sekcja zwłok potwierdziła rozpoznanie kliniczne, wykazując bardzo interesujące zmiany ze strony serca; stwierdzono bowiem w tym przypadku bardzo rzadką postać kiły mięśnia sercowego, występującej w postaci *myocarditis gummosa.* Serce samo jest nieco powiększone z nienaruszonym aparatem zastawkowym. W obrębie mięśnia sercowego stwierdza się rozsiane ograniczone kilaki wielkości ziarna prosa i większe, ułożone także pod wsierdziem i nasierdziem, przyczem największy o rozmiarach śliwki wpukla się ze strony przegrody przedsionkowej do prawego przedsionka.

Histologicznie przedstawiają te guzy ogniska martwicze otoczone typową ziarniną kiłową z dużą ilością komórek plazmatycznych i olbrzymich. Drobne tętnice wykazują typowe zmiany kiłowe o charakterze *endarteritis obliterans.*

Tego rodzaju zmiany w postaci kilaków mięśnia sercowego należą, podobnie jak gruźlicze guzy serowate serca, do wyjątkowych rzadkości i bywają rozpoznane zwykle dopiero na sekcji.

Gdy w pierwszym przypadku mamy do czynienia ze zmianami kiłowemi tętnic wieńcowych z następowem uszkodzeniem mięśnia sercowego, to w drugim przypadku widzimy wśród mięśnia sercowego rozwój ziarniny kiłowej z ogniskami martwicy, tworzącej typowe kilaki.

Klinicznie stwierdzono w pierwszym przypadku objawy dusznicy bolesnej jako wyraz zamknięcia światła naczyń wieńcowych, w drugim przypadku natomiast stwierdzono objawy niedomogi mięśnia sercowego z zaburzeniami rytmu z uszkodzeniem samego mięśnia sercowego i układu przewodnictwa na skutek rozrastającej się wśród mięśnia ziarniny kiłowej, przyczem obraz kliniczny schorzenia sercowego w ostatnim przypadku nie odbiega wcale od obrazu zwykłego zapalenia mięśnia sercowego. A więc o podłożu kiłowem należy pamiętać nietylko przy schorzeniach tętnicy głównej i jej zastawek, lecz również przy schorzeniu mięśnia sercowego.

Wkońcu chciałbym jeszcze wspomnieć, że ujemny odczyn Wassermanna bynajmniej nie świadczy o braku zmian kiłowych serca i aorty, jak wynika z pierwszego przypadku, w którym wobec ujemnych odczynów serologicznych przyjęto klinicznie mylnie miażdżycę jako tło dusznicy bolesnej. W obu przypadkach nie ustalono w wywiadach żadnych danych co do pierwszego zakażenia.

*Rozprawa:* Kol. Hanasz (członek Wydziału): interesuje się elektrokardjogramem przedstawionych przypadków kiły mięśnia sercowego i prosi o przedstawienie ich na jednem z następnych posiedzeń Wydziału.

b) Kol. J. Alkiewicz (członek Wydziału): I) 3 preparaty histologiczne: *Xantoma tuberosum, Elephantiasis labii minoris, Trichophytia superficialis.*

II) *Łuszczyca paznokci.* Na płytce paznokcia widać liczne drobne zagłębienia. Objaw ten ma pewne znaczenie rozpoznawcze, gdyż ułatwia rozpoznanie postaci bardzo podobnych do łuszczycy. Z odległości wspomnianych zmian od macierzy można wywnioskować czas powstania przebytego zaostrzenia się łuszczycy.

c) Kol. Jagielski (członek Wydziału): *przedstawia zdjęcia rentgenowskie płuc,* przy których lewa wnęka jest przez kurczący się lewy górny płat po wygojonym procesie gruźliczym przeciągnięta aż pod obojczyk, podczas gdy prawa wnęka leży normalnie, a prawy górny płat wykazuje jeszcze czynną gruźlicę.

3. Kol. Wanda Maciukiewiczowa i Kol. Sabina Sawiczowa wygłaszają: *„Wpływ migdałków na przemianę materji"*.

Dotychczas liczba gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu nie została ustalona. W okresie tych badań poczęto migdałkom podniebiennym i gardłowym przypisywać własności dokrewne. Lekarze praktycy i rodzice zauważyli, że dzieci operowane spowodu przerosłych migdałków inaczej zachowują się po ich wycięciu; dzieci lepiej się rozwijają, stan odżywienia się podnosi.

Seller stwierdził na 30.000 dzieci, że przerosłe migdałki działają hamująco na rozrost i wagę ciała i na rozwój klatki piersiowej oraz że wraz z usunięciem migdałków usuwa się czynnik hamujący wzrost i wagę ciała oraz lepszy rozwój klatki piersiowej. Prócz tego stwierdził on, że miesiączkowanie u dziewcząt z przerostem migdałków występuje później, niż u dziewcząt z normalnemi migdałkami. U dziewcząt, które przechodziły wycięcie migdałków miesiączkowanie występowało daleko wcześniej, niż normalnie.

Klinicyści podkreślają ścisłą zależność migdałków z innemi gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu i zależność tę przedstawiają w ten sposób: grasica istnieje w pierwszym roku życia i w pierwszych trzech latach dosięga najwyższego rozwoju, potem, gdy zaczyna rozwijać się tkanka adenoidalna w postaci migdałków podniebiennych i gardłowego, zanika, natomiast skolei po 10 roku życia zaczyna się okres inwolucji tkanki adenoidalnej i rozwój tarczycy z jej dominującym wpływem.

Obliczenia podstawowej przemiany gazowej oddają wielkie usługi przy rozpoznawaniu i postępowaniu w schorzeniach narządów o wewnętrznem wydzielaniu, dlatego zbadano przemianę podstawową gazową u 20 osobników z przerosłemi migdałkami, poczem usunięto migdałki, a w 6—7 tygodni wykonano badanie przemiany podstawowej gazowej.

Badanie przed zabiegiem wykazało 5 przypadków o przemianie normalnej, 9 przypadków o podwyższonej i 6 przypadków o zmniejszonej.

Badanie przemiany podstawowej gazowej po zabiegu usunięcia migdałków wykazało: w przypadkach, gdzie była przemiana podstawowa gazowa normalna przed zabiegiem utrzymuje się też w granicach normy po zabiegu; w tych przypadkach, gdzie była zwiększona, po zabiegu zmniejszyła się; w przypadkach, gdzie była zmniejszona, po zabiegu wzrasta, zbliżając się do normy.

*Rozprawa:* Kol. Jonscher (członek Wydziału): omawia trudności w ustaleniu czynności migdałków na podstawie zmian, zachodzących w organizmie po usunięciu migdałków przerośniętych, znajdujących się w stanie zapalnym. Na dowód przytacza spostrzeżenie Schicka, niepotwierdzone później, o wpływie wycięcia migdałków na odczyn Schicka.

Usunięcie przerośniętego trzeciego migdałka usuwa mechanicznie trudności oddechowe i w ten sposób może dać powód do błędnego wniosku o wydzielaniu hormonów hamujących wzrost.

Kol. Hoffman (członek Wydziału): Znaczna większość migdałków, które podlegają zabiegowi chirurgicznemu, są to migdałki przerośnięte skutkiem stanu zapalnego. Bardzo trudno jest określić, w jakiej mierze stan zapalny wpływa na zaburzenie ustrojowe i dlatego wnioski o zaburzeniach hormonalnych są nie do stwierdzenia. Z punktu też widzenia ogólno-biologicznego trudną jest do wytłumaczenia obecność hormonu o ujemnem dla ustroju działaniu.

Kol. Tuszewski (członek Wydziału): podkreśla, że rola migdałków w ustroju jest dotąd niezbadana. Migdałki niewątpliwie odgrywają ważną rolę na drodze pokarmowej, bo nie jest przypadkiem, że podczas każdego aktu połykania migdałki zbliżają się do siebie, zamykając niejako pierścień Waldeyera za pokarmem przełkniętym. Trudno też jest pomyśleć, by migdałki w ustroju nie spełniały większej roli, niż tę która nam jest znana w dzisiejszym stanie nauki.

Kol. Jonscher (członek Wydziału): jest zdania, że istotnie migdałki należą funkcjonalnie do układu pokarmowego.

Kol. Sulimski: Co do roli, jaką odgrywają w organizmie migdałki podniebienne obecnie zbyt zapoznaje się klasyczne tłumaczenia, które przypisują im najważniejsze znaczenie w zwalczeniu zakażenia wychodzącego z uszkodzonej błony śluzowej jamy ustnej, zębów i t. d. Położenie ich dróg ujściowych umożliwia wyzbywanie się zarazków w sposób najnaturalniejszy t. j. przez wypluwanie bądź połykanie.

4. Kol. Wiktor Tomaszewski (członek Wydziału) wygłasza: *„Kliniczne znaczenie erytrokontów"* (z pokazem przeźroczy).

Referent przedstawia wyniki swoich badań nad erytrokontami Schillinga w rozmaitych chorobach krwi. Zbadane zostały 44 przypadki rozmaitych chorób krwi, z czego dodatnie wyniki otrzymano w 29 przypadkach. W przypadkach niedokrwistości złośliwej występowanie erytrokontów stało w ścisłym związku z występowaniem retikulocytozy. W remisji oraz niekiedy przed leczeniem nie spotykało się ich. Nie mają one też żadnego znaczenia rozpoznawczego w niedokrwistości złośliwej. W innych przypadkach znalezione zostały erytrokonty w białaczce szpikowej i limfatycznej, poliglobulji, w chorobie Werlhofa, żółtaczce hemolitycznej, anemji Jaksch-Hayema oraz w przypadkach niedokrwistości wtórnych najrozmaitszego pochodzenia. W tych wszystkich przypadkach występowały erytrokonty tylko wtedy, gdy obok niedokrwistości istniała wysoka retikulocytoza. W wyniku swoich badań referent dochodzi do wniosku, że erytrokonty nie mają żadnego znaczenia diagnostycznego, lecz są tylko objawem towarzyszącym silniej regeneracji krwi. (Praca ukazała się w Polskiej Gazecie Lekarskiej).

5. Kol. Bolesław Wichrzycki: *„Nowoczesne badanie funkcji wątroby"*.

Po omówieniu różnych prób na czynność wątroby, referent zajmuje się szerzej reakcją Takaty w zakresie przemiany białkowej wątroby. Reakcję Takaty przeprowadził referent u 71 chorych, w tem w 6 przypadkach dwu a nawet trzykrotnie. Na 83 wykonanych prób, reakcja wypadła 32 razy dodatnio a 5 razy ujemnie. Referent uważa na podstawie swoich badań, że wynik dodatni reakcji jest wyrazem ciężkiego uszkodzenia miąższu wątroby, najczęściej marskości wątroby. Podkreśla pozatem łatwość wykonania i odczytywania reakcji.

*Rozprawa:* Kol. Jankowiak: W piśmiennictwie omawiającem jontoforezę histaminową oraz podczas własnych doświadczeń przeprowadzonych w Zakładzie Przyrodoleczniczym Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu stwierdziłem, iż osobnicy cierpiący na schorzenie wątroby, oddziaływują w specjalny sposób na ten zabieg. Otóż gdy normalnie po zastosowaniu jontoforezy histaminowej występuje pod elektrodą pokrzywka przy użyciu roztworu histaminy w stosunku 1:20.000, to u osobników chorujących na wątrobę reakcja ta występuje jeszcze w rozcieńczeniu 1:3,000.000. Dlatego uważam, iż przy określeniu zdolności funkcjonalnej wątroby należałoby posługiwać się również metodą jontoforezy histaminowej.

Kol. Hanasz (członek Wydziału) wskazuje na znaczenie reakcji Millona w badaniu uszkodzenia miąższu wątroby pozwalającej na odróżnienie żółtaczki miąższowej *(icterus parenchymatosus)* od żółtaczki mechanicznej. Łatwość i prostota w wykonaniu udostępnia reakcję Millona każdemu lekarzowi.

Co do techniki reakcji kłaczkowania Takaty (R. T.), zaznacza, iż wystarczy 7 rurek zamiast 10. Zaleca się odczytywanie wyniku nie natychmiast, lecz czekanie 3 godziny. Wynik jest dodatni, jeżeli kłaczkowanie ma wygląd gruby i nastąpiło przynajmniej w 3 rurkach, począwszy od koncentracji 1/32.

Reakcja Takaty nie jest ani wczesnym, ani też swoistym znakiem dla marskości wątroby. Zachodzi bowiem także przy kłębuszkowem zapaleniu nerek i przy gruźlicy. Wątroba ma wprawdzie między innemi funkcjami za zadanie regulowanie ilościowe stosunku białek w surowicy (fibrinogenu do globulin i do albumin), jednak z dotychczasowych doświadczeń nie wynika, że nasilenie reakcji kłaczkowania Takaty idzie równolegle ze wzmożeniem globulin.

Wbrew pierwotnemu przypuszczeniu, jakoby R. T. występowała tylko przy wzmożonej zawartości globulin, okazało się, iż cały szereg schorzeń wykazuje mimo wzmożonej ilości globulin ujemny wynik R. T.

Przy marskości wątroby występuje dodatni wynik R. T. razem ze wzmożeniem globulin. Jednak niewszystkie marskości wątroby dają wynik dodatni. Jezler podaje 80—85% R. T.

Jeżeli przy marskości wątroby wystąpi R. T. dodatnia, to staje się ona nieodwracalna w odróżnieniu od tejże reakcji przy kłębuszkowem zapaleniu nerek, gdzie w początkowym okresie R. T. jest dodatnią, a potem w miarę polepszenia staje się ujemną. Tutaj dodatnia R. T. wskazuje wyraźnie na ostrość sprawy chorobowej, z czego wynika potrzeba ściślej diety z jaknajdalej idącem ograniczeniem soli, wody i białka. Ciała ketonowe nie są przyczyną dodatniej R. T. Przypuszczalnie wchodzi w grę chorobowe zatrzymanie we krwi innych składników.

Przy marskości wątroby *(cirrhosis, hepatitis chronica)* trzeba rozróżnić dwie grupy schorzeń; z zaburzeniem i bez zaburzenia funkcji wątroby co do przemiany białkowej i lipoidowej. Przy pierwszej grupie z niewydolnością wątroby należy upatrywać przyczyn schorzenia w toksycznem uszkodzeniu tkanki nabłonkowej wątroby *(hepatitis epithelialis)*, natomiast w drugiej grupie bez zaburzeń funkcji sprawa chorobowa odbywa się pierwotnie w tkance łącznej śródmiąższowej międzyzrazikowej *(hepatitis mesenchymalis)*. Dopiero w późniejszym okresie wskutek wybujałego rozrostu tkanki łącznej dochodzi wtórnie do uciskowego zaniku nabłonkowej tkanki wątrobowej.

Dalsze badania muszą wykazać, czy istotnie pierwsza grupa marskości daje zawsze dodatnią R. T. a druga spoczątku ujemną, coby w danym razie mogło tłumaczyć owe 15—20% wyników ujemnych Jezlera przy mezenchymalnej marskości wątroby.

Kol. Hoffman (członek Wydziału) jest zdania, że próba Takaty nie przedstawia większej wartości dla kliniki z tego powodu, że jest ona dodatnia w tych przypadkach, w których rozpoznanie można postawić na podstawie innych badań klinicznych. Próba ta byłaby wtedy cenną, gdyby pozwalała na wczesne rozpoznanie żółtaczki nieżytowej.

Prezes: *W. Kapuściński.*
Sekretarz: *K. Stojałowski.*

### Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół XV posiedzenia naukowego odbytego dnia 10 maja 1935 roku.

Przewodniczy: Kol. W. Czernecki.

1. Kol. Grabowski *przedstawia i omawia przypadek guza śródpiersia z rozległemi nalotami okostnowemi w kościach długich (periostitis generalisata toxica).* Przyroda guza śródpiersia nie może być z pewnością rozstrzygnięta na podstawie badania klinicznego. Prawdopodobna jest torbiel skórzasta wtórnie zwyrodniała złośliwie. Obraz radjologiczny kości odpowiada *periostitis generalisata toxica.*

2. Kol. Prezes powołując się na Regulamin T-wa zamienia posiedzenie naukowe na posiedzenie administracyjne i przedstawia obecny stan sprzedaży domu T-wa, którą to sprawą Zarząd właśnie się zajmuje. W myśl wymagań notarjatu potrzebna jest uchwała Walnego Zebrania T-wa. Kol. Prezes otwierając dyskusję oddaje głos Koledze Gospodarzowi.

3. Kol. Kielanowski B. odczytuje kontrakt, którego tekst brzmi: Lwowskie Towarzystwo Lekarskie sprzedaje swą realność, położoną przy ul. Zyblikiewicza 6 — p. Józefowi Atlasowi i jego żonie za 28.100 zł płatnych gotówką.

4. Kol. Ziembicki stawia wniosek, ażeby uchwalić bez dyskusji.

5. Głosowanie: wniosek przechodzi jednogłośnie.

Po głosowaniu dalszy ciąg posiedzenia naukowego.

6. Kol. Sosin *przedstawia i omawia następujące preparaty anatomo-patologiczne:*

a) *rabdo-myoma congenitum cordis,*
b) *myxo-sarcoma vesicae urinariae,*
c) *ileo-ileoanastomosis spontanea.*

7. Kol. Ziembicki *wygłasza wykład pod tytułem: „Najstarsze polskie zdroje mineralne"*, objaśniany licznemi przeźroczami. Na wstępie podkreśla prelegent różnicę, zachodzącą pomiędzy podaniem a historją, dalej pomiędzy historją danej miejscowości, a historją źródeł mineralnych, a raczej pomiędzy historją źródeł, a historją zakładu leczniczego i wskazuje na potrzebę metodycznych badań historycznych na polu naszego zdrojownictwa, do czego powołane są przedewszystkiem zakłady historji medycyny przy naszych uniwersytetach. Ustalając daty historyczne, omawia prelegent zdrojowiska, które już w XVI wieku były dobrze znane, niektóre nawet nietylko w kraju, ale i zagranicą. Wymienia je Wojciech Oczko w dziele swem „Cieplice" (r. 1578), w słowach następujących: *„...mówię o tych, co ich ludzie do kąpania używać się jęli, bądź na Krępaku w Drużbakowie, gdzie ciepła woda, bądź u Jaworowa, bądź u Gródka, bądź u Krosna, w Mikolnicach przy Trębowli, w Swoszowicach przy Krakowie, wszystko to siarczane, moc tę mające, chorego, który w nich siedzi, ratować..."* Począwszy od Swoszowic, które nie wymagają bliższych komentarzy i pod tą samą nazwą czynne są do dzisiaj, poświęca prelegent szczegółowe uwagi wszystkim miejscowościom, interpretując ich nazwę, udzielając dat historycznych na podstawie najrozmaitszych źródeł tak drukowanych, jak rękopiśmiennych, przedstawiając wreszcie ich stan obecny. Nazwa *Mikolnice* jest wynikiem błędu drukarskiego, popełnionego najpierw w pierwodruku „Cieplic" z roku 1578, a powtórzonego w formie jeszcze błędniejszej w przedruku „Cieplic" dokonanym przez Klinka w r. 1881 (nakład Warsz. Tow. Lekarskiego). Tu figuruje ta nazwa jako *„Milkolnice"*. Uwaga Oczki, że miejscowość leży „przy Trębowli" pozwala ją z łatwością ustalić. Są to Mikulińce. Ze źródeł tamtejszych miała korzystać w roku 1675 załoga Trębowli po bohaterskiej obronie zamku przeciw Turkom i Tatarom. Dokoła źródła mineralnego powstała w pierwszej połowie XIX wieku nowa osada, zwana od założyciela, Jana Konopki, Konopkówką (1821). Torosiewicz i Mosing poświęcili jej piękną monografję. Trzy następne miejscowości, których nazwa sama przez się w owych czasach niewiele mówiłaby, nazwane są od sąsiedztwa miast znamienitszych określeniami: *u Krosna* — to Iwonicz, *u Gródka* — to Lubień, *u Jaworowa* — to Szkło. Że zdroje *„u Krosna"* są Iwoniczem, dowodzą tego inne ważne źródła historyczne, pochodzące z początków XVII wieku (r. 1630 i 1639). Dowodzą one zarazem, że do Iwonicza już wtedy ściągały liczne rzesze chorych, nawet cudzoziemców. Ogólnemu zainteresowaniu odpowiada także znana korespondencja dwóch lekarzy (Conrad i Dionysius), ogłoszona w *Acta Eruditorum* w r. 1684. Z dwóch, w pobliżu Lwowa położonych zdrojów siarczanych, Lubienia i Szkła, na szczególniejszą uwagę ze względów historycznych zasługujące Szkło, posiada, jak już gdzieindziej prelegent wykazał, najdawniejszą wśród należących dziś do Polski zdrojów, datę w piśmiennictwie. W r. 1576 kąpał się tu Mikołaj Radziwiłł „Sierotka" przed odbyciem swej słynnej pielgrzymki do Jerozolimy. Zainteresowaniu się Szkłem Stefana Batorego zawdzięczamy powstanie wspomnianego dzieła Oczki o „Cieplicach". Batory wysłał na miejsce Oczkę dla zbadania tamtejszych wód niewątpliwie dla dowiedzenia się, czy jemu samemu nie przydałyby się one w znanych dolegliwościach, w szczególności zapewne na ową chorobę nogi. Prelegent zwraca dalej uwagę na zainteresowanie się naszych Wazów zdrojem szkielskim i wyjaśnia, skąd to zainteresowanie mogło pochodzić. Jan Ostroróg, wojewoda poznański, zamieszkały w Komarnie niedaleko Lwowa, był wychowawcą Władysława IV. Z protekcji Ostroroga korzystał słynny lekarz lwowski, Erazm Sykst, autor pierwszej monografji o Szkle (1617). Ostroróg i sam korzystał zapewne ze Szkła i zalecał zdrój ten na dworze Zygmunta III. Wielkie zainteresowanie Szkłem okazuje wreszcie Jan III, zwłaszcza, że zdrój ten należał do jego starostwa, t. j. starostwa jaworowskiego. Z polecenia Jana III został traktat Syksta o Szkle przetłumaczony z polskiego na łacinę i przesłany do Paryża dla zaznajomienia tamtejszych lekarzy dworskich z własnościami tego zdroju i zasięgnięcia ich zdania. Prelegent prostuje jednak błędną wersję, powtarzaną tak często w prospektach i w prasie, jakoby Jan III osobiście w Szkle był się leczył, a nawet z całym dworem tam zjeżdżał na wywczasy i kąpiele. Na poparcie takiego twierdzenia niema żadnych danych historycznych. Wiadomo natomiast, że pod koniec życia Jana III była mowa o wyjeździe z Wilanowa do Szkła, ale do tego wyjazdu, spowodu zgonu króla, nie doszło. Obszernie zajmuje się prelegent następnie Drużbakami, leżącemi na Spiszu, dziś w Czechosłowacji, w czasie zaborczym na Węgrzech, pod Lubowlą, siedzibie niegdyś naszego starostwa spiskiego, głośnego zwłaszcza dzięki Lubomirskim. Nakoniec mówi o najstarszym historycznie ze wszystkich polskich zdrojów, o którym jednak już nawet Oczko nie wspomina. Jest to dzisiejszy Warmbrunn. Miejscowość ta, leżąca u stóp Gór Olbrzymich, na granicy czesko-śląskiej, a więc należąca niegdyś do Piastów, była według legendy znaną ze swych źródeł już w wieku XII (rok 1175) a wedle dokumentów historycznych źródło tamtejsze *(fons calidus)* oddał Bernard, syn Bolka I, księcia świdnickiego, w roku 1281 zakonowi Joannitów. W Warmbrunn leczyła się w r. 1687 królowa Marja Kazimiera.

Sekretarz: *Juljan Papierkowski.*

Protokół posiedzenia żałobnego odbytego dnia 17 maja 1935 roku.

Przewodniczy: Kol. W. Czernecki.

1. Kol. Prezes celem uczczenia pamięci ś. p. Pierwszego Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego przemawia następującemi słowami: *„Do ogólnej żałoby narodowej przyłącza się Lwowskie Towarzystwo Lekarskie, pragnąc uczcić pamięć niestrudzonego bojownika o wolność Ojczyzny. Zmarły życie całe poświęcił walce o wolność Polski, a w latach ostatnich walczył o umocnienie Jej i zjednoczenie wewnętrzne. Gdy u trumny Wielkiego Polaka stoi naród cały i my pochylmy głowy, by uczcić pamięć ś. p. Marszałka Piłsudskiego".*

2. Kol. Rencki, prezes Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie, składa hołd pamięci zmarłego Wodza Narodu.

3. Wysłano telegram kondolencyjny na ręce Pana Ministra Opieki Społecznej.

4. Na znak żałoby posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: *Juljan Papierkowski.*

### Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 12 marca 1935 roku.

1. Kol. Flis St. i Werkenthinówna M., członkowie T-wa, przedstawili *„Przypadek przepukliny przeponowej"* (Streszczenie własne).

Przypadek dotyczy chorego Z. W., lat 17. W czwartym roku życia został przygnieciony przez worek węgla, wskutek czego doznał podobno złamania dwu żeber po stronie lewej. Leczył się wtedy przez trzy miesiące w szpitalu, gdzie prócz złamania żeber miano rozpoznać także lewostronne zapalenie wysiękowe opłucnej. Po upływie pół roku miał znowu przebywać w szpitalu w ciągu czterech miesięcy, znowu jakoby spowodu lewostronnego wysiękowego zapalenia opłucnej. Od kilku lat zauważył nieznaczną duszność po obfitszem jedzeniu. Pozatem żadnych innych dolegliwości nie odczuwał.

W r. 1924 przebywał w Szpitalu św. Stanisława w Warszawie na Oddz. Doc. Dr. Filińskiego spowodu duru brzusznego, gdzie ponadto stwierdzano zmiany w zakresie narządów klatki piersiowej. Przedewszystkiem stale utrzymywało się stłumienie odgłosu opukowego w dole płuca lewego, sięgające ku górze z przodu do VI-V żebra, z tyłu do dolnego kąta łopatki lub czasami nieco wyżej. Ponad stłumieniem odgłos był jawny, z wyraźnym odcieniem bębenkowym, zwłaszcza od przodu. Osłuchowo w miejscu stłumienia oddech pęcherzykowy znacznie osłabiony. Powyżej stłumienia, w miejscu odgłosu bębenkowego, oddech pęcherzykowy również osłabiony. Drżenie głosowe po stronie lewej w porównaniu z prawą — osłabione. Płuco prawe — stosunki prawidłowe. Serce przesunięte w prawo, przyczem w zależności od spożytych pokarmów stwierdzano nieznaczne odchylenia w zakresie jego granic. Ze strony narządów jamy brzusznej zmian uchwytnych nie znaleziono.

Badanie radjologiczne klatki piersiowej wykazało w lewem polu płucnem dużą kieszeń powietrzną, zawierającą w dolnej połowie płyn, układający się poziomo. Górna granica kieszeni powietrznej sięgała do poziomu II żebra w linji pachowej przedniej. Poniżej dużej kieszeni powietrznej widoczne było mniejsze nagromadzenie gazów przy bocznej ścianie klatki piersiowej. Płuco znajdowało się w górnej i przyśrodkowej części pola płucnego, śródpiersie nieco przesunięte w prawo.

Obraz ten był łudząco podobny do obrazu odmy z płynem.

Podanie papki kontrastowej wykazało, że po prawidłowem przejściu przez przełyk papka przedostała się do opisanej kieszeni powietrznej. Kieszeń ta odpowiadała żołądkowi, zawierającemu gaz i treść płynną, gdyż chory tego dnia zjadł śniadanie. Na drugi dzień chory był badany naczczo i obraz przedstawiał się nieco odmiennie, mianowicie w lewem polu płucnem widoczne były nagromadzenia gazowe, odpowiadające tym razem okrężnicy, przedstawiającej się w postaci szerokich powietrznych pasm, przedzielanych wpukleniami jelitowemi. Żołądek natomiast naczczo nie zawierał ani gazu, ani płynu. Po częściowem wypełnieniu żołądka dało się stwierdzić, że leżał on cały w obrębie klatki piersiowej t. j. powyżej poziomu prawej przepony. Był on zgięty w kształcie podkowy: wpust i odźwiernik leżały na jednym poziomie i były jego najniższemi punktami; trzon żołądka unosił się ku górze. Pętle jelita cienkiego leżały w jamie brzusznej. W stosunku do okrężnicy, wchodzącej do klatki piersiowej, żołądek leżał od tyłu, jak to wykazało zdjęcie profilowe.

Na żadnem z dokonanych zdjęć nie dało się wykryć zarysu lewej przepony. Podczas oddychania górne odgraniczenie bani gazowej żołądka nie obniżało się, ani nie unosiło się ku górze. Podczas wdechu widać było nieznaczne przesuwanie się granicy uciśniętego płuca ku stronie bocznej. W uciśniętem płucu lewem nie stwierdzono żadnych zagęszczeń.

Zespół objawów badania przedmiotowego i radjologicznego w przedstawionym przypadku przemawia za obecnością przepukliny przeponowej, prawdopodobnie rzekomej (ze względu na przebyty przed 13 laty uraz).

W różnicowaniu uwzględniono odmę opłucnową z wysiękiem i zwiotczenie przepony.

W związku z przypadkiem prelegenci omówili patogenezę, symptomatologię, powikłania i leczenie przepuklin przeponowych.

*Rozprawy:* Kol. K r y ń s k i podkreśla rzadkość występowania przepukliny przeponowej w takich rozmiarach, jak to przedstawili prelegenci. Kol. K r y ń s k i mówi o przepuklinach przeponowych pourazowych, jakie spotykał w czasie wojny, zwraca jednocześnie uwagę, że przepukliny pourazowe występują przeważnie po stronie lewej. Prelegent wspomina o trzech własnych przypadkach, w których jelita cienkie i grube mieściły się w klatce piersiowej. Operacja tych przypadków dała wynik dobry.

Kol. D e m b i c k i w swojej praktyce na Oddziale Dr. Jakimiaka w Szpitalu Przem. Pańskiego widział kilka przypadków przepukliny przeponowej. Kol. D e m b i c k i przytacza przypadki własne przepukliny przeponowej, z których jeden przedstawiony był w Tow. Chirurgicznem, drugi zaś przypadek dotyczył 50-letniego oficera emerytowanego, który przybył do szpitala z objawami niedrożności jelit. Zgłębnikiem żołądkowym wydobyto dużą ilość treści papkowatej; po tym zabiegu chory poczuł ulgę i objawy niedrożności ustąpiły. Dr. W e r k e n t h i n ó w n a rentgenologicznie stwierdziła przepuklinę przeponową. W trzecim przypadku stwierdzono objawy rozlanego zapalenia otrzewnej. Po otwarciu jamy brzusznej nie udało się ustalić przyczyny niedrożności, zamknięto więc jamę brzuszną bez rozpoznania właściwej sprawy chorobowej. Na sekcji stwierdzono przepuklinę przeponową z uwięzgnięciem zagięcia śledzionowego okrężnicy. W przypadku czwartym rozpoznano przepuklinę przeponową lewostronną. Na stole operacyjnym znaleziono w klatce piersiowej zagięcie śledzionowe, jelito grube poprzeczne i zstępujące. W jamie opłucnej były objawy ropnego zapalenia, przypadek skończył się niepomyślnie. Leczenie chirurgiczne tych przypadków nasuwa duże trudności ze względu na wskazania, jak uzupełnić ubytek w przeponie. Chirurg amerykański Harrington sięgnął do sposobu Sauerbrucha, wykonując torakoplastykę dolną i docierając od strony opłucnej. Otwarcia jamy opłucnej nie należy się obawiać, gdyż wystarczy zwykła maska Ombredana, aby dokonać tego aktu, nie uciekając się do umieszczania chorego w specjalnej komorze.

Prof. Sawicki proponował docieranie do pola operacyjnego przez podłużne cięcie w przestrzeni międzyżebrowej. Ma to dobrą stronę, że metoda ta daje rozległy wgląd w pole operacyjne, lecz trudności sprawia rekonstrukcja mięśni przepony.

Kol. S z c z e p a ń s k i Zdz., członek T-wa, interesuje się sprawą przepukliny przeponowej ze stanowiska rentgenologicznego, gdyż przepuklina przeponowa może być łudząco podobna w pewnych przypadkach do odmy z płynem i jeżelibyśmy wykonali nakłucie opłucnej w takim przypadku, wyrządzilibyśmy choremu krzywdę.

Prelegent przypomina, że po wyrwaniu nerwu przeponowego po stronie lewej przepona sięgać może aż pod obojczyk, czego nie spotykamy nigdy po stronie prawej. Przepona lewa prawdopodobnie jest bardziej wiotka i wypukła.

*W odpowiedzi* Kol. W e r k e n t h i n ó w n a wyjaśnia, że w przedstawionym przypadku obraz rentgenologiczny dlatego był podobny do płynu w opłucnej, bo chory był po śniadaniu, w żołądku znajdowała się treść płynna, a nad nią dużo gazu. Jelita grube były widoczne w postaci małych banieczek powietrza. W czasie drugiego zdjęcia chory był naczczo i rozpoznanie po podaniu papki kontrastowej było daleko łatwiejsze.

Co do przypadku, wspomnianego przez kol. D e m b i c k i e g o, to miała miejsce przepuklina otworu przełykowego. Przypadki tego rodzaju łatwiej dają się rozpoznawać, gdyż tylko część żołądka wchodzi do przepuklin. Przepukliny takich rozmiarów, jak w przypadku przedstawionym, spotykamy jako wrodzone, jednak w tym wypadku chodzi o przepuklinę pourazową.

Kol. P r e z e s wspomina o kilku przypadkach przepuklin przeponowych, jakie widział na sekcji i jedną u chorego, żołnierza, z zagojoną raną po uderzeniu bagnetem. Żołnierz ten po pewnym czasie nagle zachorował i zmarł. Na sekcji znaleziono jamę brzuszną pustą, bez jelit i trzewi, które mieściły się w klatce piersiowej, brzuch był zapadnięty. Trudno sobie wyobrazić, jak wyglądałby obraz radjologiczny w tym przypadku.

2. Kol. F i l i ń s k i Wł., członek T-wa, omówił: *„Przypadek prosówki ostygłej"* (Streszczenie własne).

U chłopca, lat 14, u którego badanie radjologiczne wykazało drobnoziarniste plamkowanie obu płuc, po dwumiesięcznym okresie gorączkowym ciepłota wróciła do normy, stan ogólny i odżywienie uległy wybitnej poprawie. Obraz radjologiczny pozostał bez zmiany.

Przypadki takie zalicza się do łagodnej gruźlicy prosówkowej, opisanej szczegółowo po raz pierwszy przez Burnanda i Say'ego, jakkolwiek wzmianki o tej postaci chorobowej spotkać można i dawniej.

W dalszym ciągu F. omawia anatomję patologiczną i wywód chorobowy tej sprawy.

Plamkowanie drobnoziarniste w obrazie radjologicznym dają i inne cierpienia, które trzeba mieć na względzie w różnicowaniu. Są to rozsiane drobnoogniskowe zapalenia płuc, przekrwienie płuc w wyniku niewydolności serca oraz pylice płucne. Trzeba też pamiętać w odpowiednich przypadkach o pozostałościach lipjodolu w płucach, bo na zdjęciu dają one również obraz drobnoplamisty. Najważniejszą sprawą jest jednak gruźlica włóknista rozsiana, która, jak wskazują Bezançon i Bernard, może dawać obrazy podobne do prosówki.

*Rozprawy:* Kol. C h o d k o w s k i K., członek T-wa, przytacza widziany na sekcji przypadek wyleczonej gruźlicy prosówkowej płuc. Przypadek ten klinicznie widział Doc. Dr. Zdz. Gorecki w I Klin. Chor. Wewn. U. W. U chorej tej, liczącej 18 lat, znaleziono klinicznie i radjologicznie gruźlicę prosówkową płuc. W czasie pobytu w Klinice stan chorej znacznie się poprawił, chorą wypisano. Po upływie dłuższego czasu chora zgłosiła się w stanie ciężkim na Oddział Gruźliczy Szpitala św. Stanisława, gdzie zmarła. Badaniem sekcyjnem kol. C h o d k o w s k i

stwierdził stare jamy w szczytach oraz świeże serowaciejące zapalenie gruźlicze wysiękowe obu płuc, natomiast badaniem mikroskopowem stwierdzono, że obok objawów tego zapalenia istniały bardzo liczne, dość równomiernie rozrzucone w całych płucach, ogniska różnokształtne, przeważnie okrągłe lub owalne, zbudowane z tkanki łącznej zeszkliwiałej, w której znaleziono jeszcze komórki olbrzymie. Ogniska te były bardzo drobne, odgraniczone od przyległej tkanki łącznej. Wielkość tych ognisk była różna. Zestawiając dane kliniczne i wynik badania mikroskopowego należy stwierdzić, że ogniska te były wygojonemi gruzełkami lub ich zespołami, a ich liczba i równomierne rozrzucenie w płucach wskazywały niewątpliwie, że były one pozostałością po ogólnej gruźlicy prosówkowej płuc. Przypadki podobne należą do zjawisk rzadkich i wskazują, że gruźlica prosówkowa może się wygoić, pozostawiając niekiedy po sobie ślady w postaci przytoczonych wyżej ognisk. Ogniska te mogą być przyczyną trwałego utrzymywania się cieni w obrazie radjologicznym.

Kol. Szczepański zna przypadek kol. Filińskiego, gdyż był widziany przez kol. Szczepańskiego i rozpoznany jako prosówka zimna. Kol. Szczepański przedstawiał interesujący przyp. prosówki zimnej u chorej z przerzutami prątków do różnych narządów: do mózgu, stawu kolanowego i narządów jamy brzusznej. W przypadku tym kol. Filiński na swoim Oddziale rozpoznał nagminne zapalenie mózgu, gdyż były objawy oponowe, które się potem cofnęły.

Przytaczane przez kol. Filińskiego dane z piśmiennictwa zgodne są z rzeczywistością. Sprawa zaczyna się ostro, ale gdy dostaje się do naszych rąk, może być już uspokojona, stąd nazwa: prosówka zimna. Niezawsze jest ona obustronna, może przebiegać latami, potem zaczyna się cofać, tworzą się skupienia drobnych guzków. U ludzi starszych widzimy szereg intensywnych cieni, w miejscu zwapniałych guzków; guzki mogą również ulegać wessaniu. Taki przypadek kol. Szczepański ma obecnie w obserwacji; dotyczy on 4-letniego chłopca. Guzki w płucach rozpadają się, to znów zlewają; trudno przewidzieć jakie będzie zejście w tym przypadku. Rzeczy te są zajmujące dla ftizjologa, gdyż doniedawna nie przypuszczano, że prosówka może się kończyć pomyślnie. U dzieci 8—10-letnich prosówka może trwać miesiącami, jednak kończy się prawie zawsze źle, gdyż następuje rozsianie.

Kol. Górecki Zdz., członek T-wa (streszczenie własne), podkreśla brak objawów fizykalnych w prosówce przewlekłej (t. zw. zimnej), podobnie jest i w gruźlicy prosówkowej ostrej. W niektórych przypadkach można jednak przypuszczać istnienie gruźlicy prosówkowej, jeżeli zwrócimy uwagę na cechy osłuchowe. A mianowicie jako cechę charakterystyczną G. podaje stwierdzenie bardzo drobnych rzężeń dźwięcznych, zbliżonych do trzeszczeń; rzężenia te są równobańkowe (t. j. brak rzężeń średniobańkowych) i pojawiają się po kaszlu. Należy jednak podkreślić, że może być brak wszelkich objawów osłuchowych (zwłóknienie ognisk) lub mogą dołączyć się i inne objawy (przy przejściu prosówki w gruźlicę serowato-włóknistą).

W leczeniu prosówki gruźliczej przewlekłej G. przestrzega przed leczeniem bodźcowem, które może doprowadzić do nowych rozsiewów między innemi do opon mózgowych. Przytacza własne przypadki, zwłaszcza jeden, w którym nasłonecznianie doprowadziło poprzez gruźlicę serowato-włóknistą do śmierci chorej.

G. występuje przeciwko określeniom „zimna" lub „ostygła" prosówka. Należałoby poprzestać na określeniu gruźlica prosówkowa: ostra, podostra, przewlekła, — zaostrzenia, które ustępują, nie dowodzą „ostudzenia" się procesu chorobowego.

Kol. Filiński Wł., członek T-wa, *odpowiada*, że na sekcji możemy stwierdzić, z czem mieliśmy do czynienia. Kol. Filiński spostrzegał przypadki, w których nawet mikroskopowo nie można było powiedzieć, czy istniała gruźlica, czy pylica krzemienna. W przebiegu prosówki pośród zmian serowatych w płucach znajdowano pojedyncze gruzełki. Nie dziwi nas to jednak, gdyż, jeśli z ogniska serowatego prątki wysypią się do naczynia, mogą dać obraz prosówki serowatej. Niewszystkie przerzuty są prosówką. Prosówka ostygła jest terminem przyjętym w piśmiennictwie zagranicznem. Powinno się mówić: prosówka ostygła, a nie zimna, gdyż początek jej zawsze jest ostry.

3. Kol. Grott J. W., członek T-wa: *„Klinika ważniejszych chorób trzustki"*.

*Rozprawy:* Kol. Wice-Prezes (streszczenie własne). Właściwa cukrzyca słusznie wyłączona została z obecnego cyklu odczytów, stanowi bowiem temat zbyt obszerny, a przytem niemieszczący się całkowicie w ramach patologji trzustki. Toteż poruszać go nie będę; wspomnę tylko, że przywykliśmy uważać cukrzycę za chorobę przewlekłą, nieuleczalną, a cechujące ją zaburzenia w przemianie materji za zjawisko stałe, które samo sobie pozostawione, małym stosunkowo podlega wahaniom.

Widuje się atoli przypadki, w których objawy cukrzycy występują okresowo, zwłaszcza w przebiegu innych chorób, a potem giną bez śladu. Dwa takie przypadki w krótkości streszczam.

Pierwszy dotyczy młodej kobiety z zaleganiem pokarmów w żołądku na tle bliznowatego zwężenia odźwiernika. Po nieudanem zespoleniu żołądkowo-jelitowem objawy zastoju szybko wróciły, a jednocześnie w moczu pojawił się cukier i aceton. Trwało tak przez rok blisko, dopóki chora nie dała namówić się na ponowną operację, podczas której rozcięto liczne zrosty w okolicy żołądka, dwunastnicy i pęcherzyka żółciowego. Po tym zabiegu drożność żołądka się poprawiła, a jednocześnie znikły niespodziewanie wszystkie objawy cukrzycy. Chora ta, którą widywałem u siebie ambulatoryjnie, leżała parokrotnie na Oddziale kol. Bełkowskiego i tam szczegółowo została zbadana, a potem 19 listopada 1931 r. przedstawiona była przez koleżankę Pfaffiusównę na posiedzeniu klinicznem Szpitala Dzieciątka Jezus (Por. Pam. Klin. Szp. Dz. J. i św. Ducha za lata 1930—1931, str. 60).

Przypadek drugi dotyczy 66-letniego mężczyzny, który leżał w roku zeszłym na moim Oddziale. Przybył w stanie bardzo ciężkim, z dość wysoką gorączką, niewielkiemi, staremi zmianami w płucach i świeżo powstałą, rozległą odmą prawostronną, powikłaną wysiękiem surowiczo-ropnym, w którym wykryto liczne prątki gruźlicze. Pozatem stwierdzono w moczu cukier do 4% i aceton, przy ilości dobowej około 1 litra i ciężar gatunkowy do 1040. Przed zastosowaniem diety i insuliny poziom cukru we krwi wynosił 0,2%. Przy diecie, zawierającej około 90 g węglowodanów i 1250 kaloryj, oraz przy 30—50 jednostkach insuliny na dobę po miesiącu cukier i aceton znikły zupełnie w moczu a cukier we krwi opadł do 0,11%. Gorączka sięgała w pierwszej dekadzie do 38,5°, w następnych dwóch już tylko 37,5°. W końcu 5 tygodnia wypuszczono 1300 $cm^3$ ropy z opłucnej, a prawie jednocześnie odstawiono insulinę, przyczem cukier już się więcej nie pojawiał, a ciężar gatunkowy moczu nie przekraczał 1015—1020, nawet kiedy ciepłota podniosła się znów przejściowo do 38°. Trzecie badanie krwi, w dwa tygodnie po drugiem, wykazało 0,119% cukru. Chory wypisał się po 3 miesiącach całkowicie odcukrzony, bez diety i insuliny, z dość znaczną ogólną poprawą.

Co sądzić o takich przypadkach? Czy należy lekceważyć w ich genezie udział trzustki i szukać innych przyczyn; nie sądzę. I tu zapewne główne zmiany chorobowe zachodzą w trzustce, lecz nie są one tak głębokie, jak w cukrzycy właściwej i przeto bardziej skłonne do powrotu do normy.

Kol. Czarkowski, członek T-wa, przypomina, że choroby trzustki są uzależnione od chorób dróg żółciowych, duży związek mają schorzenia poprzecznicy i wyrostka robaczkowego. Dlatego prócz badania cukru we krwi i moczu powinna być dokładnie badana okrężnica, biorąc pod uwagę duże w niej zaleganie, trwające 3 lub 4 doby, naskutek znacznego stopnia zagięcia wątrobowego. W schorzeniach dróg żółciowych również musimy wziąć pod uwagę stan okrężnicy, mający w tych razach znaczenie dla cierpienia. Pałeczki okrężnicy dostają się do dróg żółciowych drogą krwi. Operacje w schorzeniach trzustki ograniczają się często tylko do jej odciążenia, np. zdrenowania pęcherzyka żółciowego lub przewodu głównego.

Kol. Sobieszczański (streszczenie własne). Chcę tu powiedzieć w kilku słowach o objawie bólowym w zapaleniu trzustki, o którym kolega referent wspominał i jego cechy rozrzucił, lecz ich nie skupił. Jest to objaw, który pisarze francuscy nazywają mnemonicznie objawem *„douleur en barre"*. Występuje on w cierpieniu trzustki, jako ból poprzeczny w nadbrzuszu, sięgający do lewego podżebrza lub też promieniujący w lewą okolicę lędźwiową. Spowodu swego przebiegu skośnie opasującego, z prawa od góry w lewo i wdół, przypomina przebieg wstęgi orderowej, stąd nazwa, a właśnie ten bieg opasujący stał się powodem omyłkowego przyjęcia tych bólów za *„crises gastriques"*. Chirurdzy francuscy Gosset i Petit-Dutaillis bardzo chwalą sobie wartość różniczkową tego objawu, którą sprawdzili w czasie licznych zabiegów.

Kol. Grott J. W., członek T-wa, mówi o uwagach praktycznych jakie nasunęły mu się w związku z materjałem zbadanym. Wśród materjału tego przypadki t. zw. cukromoczu nerkowego przy większem nastawieniu na trzustkę trzeba było leczyć, jak w przewlekłem zapaleniu trzustki. Przypadki te pozwalają wnioskować, że t. zw. lekkie cukromocze mogą występować na tle przewlekłego zapalenia trzustki, które się aktywuje, dając cukromocz.

Jeśli krzywa cukru we krwi ma znaczenie dla rozpoznania cukrzycy, to posiada specjalne znaczenie dla postaci lekkiego stopnia cukromoczu. Na sprawę cukrzycy możemy patrzeć rozmaicie. Zgrubsza można podzielić przypadki na dwie grupy: schorzenia gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem i zmiany w da-

nej trzustce. Na uwagę zasługuje przypadek, dotyczący chorego lekarza, u którego krzywa cukru we krwi po obciążeniu była bardzo wysoka. Po leczeniu insuliną wypisany został bez cukromoczu. Drugi przypadek dotyczy chorej, u której przedtem nie było cukromoczu, a obecnie rozwinęła się cukrzyca w całej pełni. Chora miała zapalenie pęcherzyka żółciowego, była podleczona, lecz niewyleczona.

Interesującą statystykę podaje pewien lekarz z Królewca, który zebrał około 30 przypadków ostrego zapalenia trzustki. Okazało się, że trzecia część tych ludzi wykazywała potem objawy cukrzycy. Krzywa cukru we krwi ma znaczenie rozpoznawcze nietylko w sprawach ostrych, ale i w przewlekłych, zwłaszcza jeśli się zbada tego samego chorego naczczo i po śniadaniu i jeżeli krzywa cukru jest podwyższona, wtedy można ją uważać za ważny czynnik rozpoznawczy.

Wice-Prezes: *J. Skłodowski.*
Zastępca Sekretarza Dorocznego: *Józef Gackowski.*

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

*Zmarli.*

Dr. Walerjan Kowenicki zmarł w Krakowie w wieku 64 lat.

Dr. Bolesław Komorowski zmarł w Krakowie w wieku 67 lat.

*Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.*

Z Polskiej Akademji Umiejętności. W dniu 20 stycznia b. r. odbyło się posiedzenie Wydziału Lekarskiego Akademji, na którem przedstawiono pracę pp. Opalskiego, Supniewskiego, Hano i Taschnera z zakresu neurologji i farmakologji eksperymentalnej.

Wynik wyborów w Krakowskiem Tow. Lekarskiem, odbytych w dniu 15 stycznia 1936. Zarząd: Prezes: Prof. Dr. Aleksander Oszacki, wiceprezes: Dr. Jan Szancenbach, sekretarz stały: Prof. Dr. Marjan Gieszczykiewicz, sekretarz doroczny: Dr. Stanisław Dziuba, skarbnik: Dr. Adam Ackerman, gospodarz: Dr. Stanisław Karasiński, bibljotekarz: Dr. Józef Spira, redaktorowie P. G. L.: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski i Prof. Dr. Józef Kostrzewski, komisja kontrolująca: Dr. Bruno Wojciechowski i Dr. Poźniak: delegaci do Rady Zawiadowczej T-wa Lekarzy Polskich we Lwowie: Prof. Dr. Nowicki i Prof. Dr. Lenartowicz; delegaci na Walne Zgromadzenie Delegatów T-wa Lekarzy Polskich we Lwowie: Prof. Dr. Ciechanowski, Dr. Owsiński, Dr. Surzycki, Dr. Maciąg, Doc. Dr. Szymanowicz, Dr. Karasiński, Dr. Szczeklik, Dr. Schwarz, Dr. Topolnicki; delegat do Komisji Rewizyjnej T-wa Lekarzy Polskich we Lwowie: Dr. Owsiński.

Nowy Zarząd Lwowskiego Tow. Lekarskiego. W Lwowskiem Tow. Lekarskiem odbyły się wybory zarządu, w skład którego weszli: Prezes: Kol. A. Pohorecki, Wiceprezes: Kol. A. Sabatowski, Sekretarz Stały: Kol. A. Zakrzewski, Sekretarz Doroczny: Kol. Żurowski, Skarbnik: Kol. E. Damański, Bibljotekarz: Kol. Ziembicki, Przewodn. Komisji Budowy Domu: Kol. A. Rencki, Przewodn. Komisji Przemysłowo-lek.: Kol. A. Sabatowski, Przewodn. Komisji społeczno-lekarskiej: Kol. E. Doliński, Przewodn. Kom. Lwowskiego P. Gaz. Lek.: Kol. Nowicki i Kol. Ziembicki.

Na posiedzeniu dorocznem Wileńskiego Koła Internistów Polskich dnia 17 grudnia 1935 r. zostali wybrani do Zarządu Koła na rok 1936: Prezes: Prof. Dr. A. Januszkiewicz. Zastępca prezesa: Dr. M. Świda. Sekretarz: Dr. J. Klukowski. Skarbnik: Dr. E. Salitówna.

W wyniku dokonanych w dniu 14 stycznia b. r. wyborów w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem powołano na rok 1936: na prezesa Kol. Józefa Skłodowskiego, na wiceprezesa Kol. Doc. Dr. Włodzimierza Filińskiego, na sekretarza dorocznego Kol. Józefa Gackowskiego i na zastępcę sekretarza Kol. Stanisława Flisa.

I Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 24 stycznia 1936 r. Porządek dzienny: 1) Kol. Falkiewiczowa i Kol. Spettowa: Omówienie przypadku niezwykłych zmian w systemie kostnym z równoczesnemi zmianami w płucach. 2) Kol. Goebel F. (gość): Wpływ amoniaku na równowagę kwasowozasadową.

*Różne.*

Z kraju.

Klinika Położnicza i Chorób Kobiecych Uniwersytetu Jagiellońskiego została przeniesiona do nowego gmachu przy ul. Kopernika Nr. 23. W dniu 1 stycznia 1936 r. Uniwersytet Jagielloński przejął gmach od władz wojewódzkich. Dnia 10 stycznia 1936 rozpoczęto przyjmowanie pierwszych chorych oraz normalną pracę kliniczną. Pierwszy wykład dla słuchaczów V roku Wydziału Lekarskiego odbył się 14 stycznia 1936 r. Uroczyste poświęcenie nowego gmachu jest przewidziane w najbliższych tygodniach.

W Cieszynie założono nowe czasopismo o charakterze klinicznym p. n. Gazeta Lekarska Śląska Polskiego. Na czele komitetu redakcyjnego stoją dyr. Szpitala Śląskiego w Cieszynie Dr. Kubisz i Dr. Bincer.

Austrja.

Wydział Lekarski Wiedeński święcił stuletnią rocznicę urodzin Adama Pollitzera, twórcy otologji w XIX wieku. Pollitzer pochodził z rodziny węgierskiej, doktorat otrzymał w Wiedniu w 1859 r., był naprzód uczniem Claude Bernard'a, potem Helmholtz'a i Toynbee'go w Londynie.

Jugosławja.

Instytut dla leczenia radem w Białogrodzie posiada 25 łóżek dla chorych, wymagających leczenia radem. Instytut ten, otwarty w r. 1932, posiada tylko 448 mg radu. Średnio leczy się i przyjmuje się w tym Instytucie 450 chorych rocznie. Instytut w Zagrzebiu posiada więcej, bo 453 mg radu. Oba te instytuty skupiają wszystek rad w Jugosławji. Szczęśliwsze są pod tym względem Ameryka (pierwsze miejsce w świecie co do ilości radu), Francja (drugie miejsce) i Japonja (trzecie miejsce. które zajęła ostatnio dzięki darowi, 5 g radu. pewnej rodziny japońskiej).

Szwajcarja.

Ustalono wykaz leków i opatrunków, przeznaczonych do pierwszej pomocy w razie ataku gazowego. Mają one być przechowywane w schronach dla ludności cywilnej. Wykaz wymienia: kwaśny węglan sodowy, maść do oczu, chlorek bielący, mydło potasowe, jodynę, parę nożyczek, szczotki do rąk, watę, gazę wioformową, bandaże, agrawki i t. d.

Grecja.

W r. 1937 Uniwersytet Narodowy w Atenach będzie obchodził stulecie swego założenia. Uroczystości, na które są zaproszone wszystkie uniwersytety, odbędą się w dniu 15 maja 1937. W tym samym czasie odbędzie się w Atenach Międzynarodowy Kongres Archeologii z okazji stuletniej rocznicy założenia Towarzystwa Archeologicznego.

*Redakcja otrzymała:*

*Nauheimer Fortbildungs-Lehrgänge Bd. XI.:* Die Wechselbeziehungen von Atmung u. Kreislauf, XI Fortbildungs-Lehrgang in Bad-Nauheim 20—22 Sept. 1935. Wyd. Th. Steinkoptf, Drezno-Lipsk. 1935.

*Internacia Medicina Revuo.* Nr. 7/9. a. 1935.

*Podręcznik diagnostyki i terapji pod nacz. red. Dr. M. Millera. Choroby Wewnętrzne w zarysie dla lekarzy-praktyków i studentów medycyny.* Warszawa 1936.

*Kalendarz bezpieczeństwa i higjeny pracy 1936.* Instytut Spraw Społecznych.

*Biologisch-medizinisches Taschenbuch 1936.* ul. M. Vogel, wyd. Hippokrates-Verlag. GMBH. Stuttgart-Lipsk.



*Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.*